

LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : **UNE PRIORITÉ MONDIALE**

MÉMOIRE



LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : **UNE PRIORITÉ MONDIALE**

MÉMOIRE

Sous la direction de
Gyslaine Desrosiers, inf., M.B.A., D. h.c., ASC

Rédaction et recherche
Pierre Éric Langlois, économiste, analyste de politiques

Collaboration
Hélène Salette, inf., M. Sc., ASC

DISTRIBUTION
Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)
4200, rue Molson, bureau 142, Montréal (Québec) H1Y 4V4 CANADA
Téléphone : (++) 1 514 849-6060
Télécopieur : (++) 1 514 849-7870
info@sidiief.org
www.sidiief.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN : 978-2-9815143-3-2
ISBN : 978-2-9815143-2-5 (PDF)

Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.



SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Organisation internationale non gouvernementale sans but lucratif, dont le siège social est à Montréal (Québec, Canada). Le SIDIIEF est doté du statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF). Le SIDIIEF anime un réseau francophone d'infirmières et d'infirmiers d'une trentaine de pays de la francophonie.

Mission

Le SIDIIEF a pour mission de faciliter la mise en réseau de la communauté infirmière dans tout le monde francophone, de mettre en valeur le leadership infirmier et de promouvoir la contribution de la profession infirmière à la santé des populations.

SIDIIEF

Table des matières

Liste des abréviations

AFQUARIS	Alliance francophone pour la qualité et la sécurité des soins
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
CII	Conseil international des infirmières
CIM	Classification internationale des maladies
CISP	Classification internationale pour la sécurité des patients
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (Québec, Canada)
DRG	Diagnosis-related group
FERASI	Formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers
FNP	Family Nurses Partnership
GHM	Groupe homogène de malades
HCQI	Health Care Quality Indicators
ICNP	International Classification for Nursing Practice
IGCC	Infirmière gestionnaire de cas complexes
IST	Inter-Country Support Team
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
PSI	Patient Safety Indicators
RAND	Groupe Research and Development
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicin

Liste des tableaux

Avant-propos

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) est un organisme associatif qui regroupe des membres dans plus de trente pays. Fondé en l'an 2000, le SIDIIEF a pour mission de réunir la communauté infirmière francophone autour des enjeux liés aux soins de santé. Le partage du savoir en sciences infirmières afin de soutenir une pratique d'excellence se concrétise par diverses activités de mise en réseau et de formation. Le SIDIIEF fait aussi entendre la voix de la profession infirmière par des prises de position susceptibles d'influencer les politiques de santé.

À l'issue du congrès mondial triennal de 2012, le SIDIIEF a retenu comme enjeu prioritaire celui de la qualité des soins et de la sécurité des patients, qui se révèle un enjeu universel par ses impacts sociaux, politiques et économiques. Du point de vue strictement infirmier, cet enjeu touche le cœur même de la pratique professionnelle. En effet, dans l'intérêt des personnes soignées, les infirmières et infirmiers revendiquent, dans la plupart des pays, la capacité d'exercer leur profession selon des normes de qualité reconnues.

Le SIDIIEF adhère à la priorité mondiale établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de réduire les risques liés à la prestation des services de santé. Il importe de souligner que la qualité des soins ne peut se réduire à de bonnes intentions et que les résultats de soins doivent faire l'objet de mesure et de comparaison. À cette fin, le SIDIIEF a confié à une équipe interuniversitaire de chercheurs québécois affiliés au Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI)* le mandat de procéder à une revue de la littérature portant sur les indicateurs reconnus comme étant sensibles à la qualité des soins infirmiers et de vérifier l'usage de ces indicateurs dans différents pays. Cette revue systématique des écrits fait l'objet d'une publication du SIDIIEF (2015). Un chapitre de ce mémoire est consacré à la création et à l'utilisation de bases de données utilisant ces indicateurs.

À l'approche traditionnelle au sein de la profession infirmière qui aborde la qualité des soins sur le plan du développement des pratiques, le SIDIIEF souhaite également installer sa vision à l'échelle macroscopique. Notre objectif ici est de pouvoir débattre de la qualité des soins infirmiers en des termes susceptibles de susciter l'intérêt des décideurs nationaux. C'est pourquoi nous proposons une trame argumentaire de type économique.

Note : * Le Centre FERASI (Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers) a été créé en 2001. Sa mission est de promouvoir le développement de capacités, la recherche et le transfert de connaissances et d'expertises dans le domaine de l'administration des services infirmiers. Subventionné par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, le Fonds de recherche du Québec en santé et les établissements du réseau de la santé au Québec, le Centre a poursuivi ses activités jusqu'au 31 mai 2014.

Ce mémoire rappelle des recommandations et la position d'organismes internationaux sur les enjeux liés à la qualité des soins de santé et à la sécurité des patients. Il établit les occasions propices et les freins à la valorisation d'une pratique infirmière de qualité et le rôle stratégique de la profession dans l'atteinte d'objectifs systémiques, à l'échelle d'un pays. À cet effet, dans ce mémoire, le SIDIIEF propose un cadre de réflexion et un argumentaire. Enfin, au dernier chapitre, le SIDIIEF explique sa position sur ces enjeux.

1

Tendances internationales concernant la sécurité des patients et la qualité des soins

Plusieurs organisations internationales accordent une grande attention à l'importance stratégique de la qualité des soins, en général, et des soins infirmiers, en particulier, pour optimiser l'efficacité du système de santé d'un pays. La sécurité des patients est devenue un critère de choix pour analyser la performance d'un système de santé. Les incidents de soins, les problèmes iatrogéniques, l'incidence de complications et l'émergence d'infections nosocomiales sont devenus des préoccupations incontournables et universelles liées à la sécurité des patients. L'objectif de ce chapitre est de faire un tour d'horizon de l'engagement d'organismes internationaux dans les enjeux de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients.

1.1. Définir la qualité des soins et la sécurité des patients

D'un point de vue systémique, la sécurité des patients et la qualité des soins vont de pair[1]. La sécurité des patients est souvent considérée comme une composante de la qualité, de sorte que les pratiques visant à améliorer la sécurité des patients entraînent généralement une amélioration de la qualité globale des soins. La notion de sécurité des patients est forcément liée aux événements indésirables. La mesure des événements indésirables et des erreurs constitue le fondement de la sécurité des patients. Les sources d'information sont multiples : dossiers des patients, bases de données administratives, autres bases de données, etc. Des indicateurs de sécurité des patients existent et sont documentés dans de nombreux pays.

Selon la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS[2], la sécurité des patients se définit comme :

> *« la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement. »*

[1] Pringle, D. (2004). « Dot : From the editor-in-chief. Quality goes beyond safety : shifting shifts ». *Nursing leadership, 17*(3), p. 1-4.
[2] Repéré à http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/whatisqualityandpatientsafety.aspx

La qualité des soins est un concept multidimensionnel. Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses. Selon l'OMS, la qualité des soins est :

> *« une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*[3].

Le concept de qualité des soins comprend les dimensions de pertinence (les soins ou les services sont appropriés aux besoins du patient/client, de la clientèle ou de la population), d'efficacité (les soins ou les services produisent les résultats escomptés pour le patient/client, la clientèle et la population) et d'efficience (l'efficacité maximale est obtenue au moindre coût)[4].

La qualité des soins est un concept dynamique qui se modifie selon l'évolution des soins, de la science, de la technologie et des attentes de la population. Ce concept varie selon le temps et l'espace et doit tenir compte des ressources investies et des ressources disponibles dans un contexte donné. La qualité des soins n'est pas le moindre défi. Elle requiert une concertation et une collaboration interdisciplinaire centrées sur le patient/client. La qualité des services exige que tous les membres d'un établissement se concertent afin de situer le patient/client au cœur des décisions et d'éviter tout effet négatif sur la qualité des soins[5].

Dans le modèle de Donabedian[6], l'évaluation de la qualité des soins doit tenir compte des éléments liés à la structure (ressources à la disposition des organisations, conditions de pratique, qualification des professionnels), au processus (tout ce qui touche à la prestation des soins et des services) et aux résultats autant pour le patient/client que pour le prestataire de soins. Cette évaluation doit également prendre en considération l'évolution globale des contextes de soins.

[3] Repéré à http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/

[4] Leprohon, J. (2000). *Vers une culture d'amélioration continue : l'univers de l'évaluation de la qualité.* Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Direction de la qualité de l'exercice, 16 p.

[5] Idem

[6] Donabedian Donabedian, A. (1988). « The quality of care. How can it be assessed ? ». *JAMA*, 260, p. 1743-48. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033

La qualité des soins n'est pas une dimension facile à mesurer. De plus, le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel. La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc. Ces variables peuvent différer de pays en pays ou d'établissement en établissement. L'évolution et les changements technologiques rapides imposent aux systèmes de santé une révision constante des normes de qualité. La médecine est fortement innovante, de sorte que 10 % des pratiques recommandées en 2000 sont aujourd'hui considérées comme des erreurs[7].

La notion de sécurité des patients qui mesure les risques iatrogènes* s'avère plus consensuelle. Les indicateurs sur la sécurité des patients mettent en évidence la non-qualité et font l'objet de statistiques nationales et de comparaisons internationales. Plusieurs organismes internationaux participent au développement et à l'analyse de ces indicateurs de sécurité.

Note : * « Événement indésirable : incident, accident, complication, décès… attribuable à la prise en charge médicale et/ou à l'établissement de soins indépendamment de l'état et de la pathologie initiale du patient[8] ».

[7] Amalberti, R. (2012). *Sécurité des patients : mieux connaître et réduire les risques,* Haute Autorité de santé; adap. 79; juin.
[8] Tiré de http://cclinparisnord.org/REGION/NPC/USAGER010310/GDR Perrin.

1.2. Le positionnement des organismes internationaux

1.2.1. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait de la sécurité des patients une priorité mondiale. L'OMS signale qu'un patient sur dix serait victime d'erreurs évitables qui ont des conséquences directes sur son état : douleur, incapacités, traumatismes physique et psychologique, mortalité. Les coûts financiers associés au manque de sécurité ont été estimés à environ 10 % des dépenses totales de santé des pays[9].

Une autre publication de l'OMS rappelle l'importance du fardeau économique des événements indésirables :

> *« Le fardeau économique de la iatrogénie doit aussi être pris en considération. Des études montrent que les dépenses médicales supplémentaires dues aux événements iatrogènes, responsables de séjours hospitaliers prolongés, la perte de revenu, les incapacités et les procédures judiciaires coûtent entre 6 et 29 milliards $US par an à certains pays. On estime à 535 millions $US les dépenses médicales directes imputables aux seules injections administrées dans des conditions dangereuses[10]. »*

> *« De plus, il est important de noter le peu de données factuelles disponibles concernant la charge du risque iatrogène dans les pays en développement, peut-être encore accru par le manque d'infrastructures, de technologies et de ressources humaines. Quelque 16 milliards d'injections sont ainsi administrées chaque année dans le monde, principalement à des fins curatives. Sur ce nombre, 40 % sont administrées avec des seringues et des aiguilles réutilisées sans avoir été stérilisées, ce pourcentage pouvant atteindre 70 % dans certains pays. Les injections pratiquées dans des conditions dangereuses sont responsables chaque année de 1,3 million de décès, et d'environ 26 millions d'années de vie perdues, principalement du fait de la transmission par le sang de virus tels ceux de l'hépatite B et de l'hépatite C et du VIH[11]. »*

L'OMS plaide en faveur du contrôle des coûts de non-qualité et de l'optimisation des compétences professionnelles pour répondre à des besoins de santé de plus en plus complexes[12]. Les orientations de l'OMS interpellent tous les gouvernements afin d'assurer l'accès à des soins et des services de santé de haute qualité, sûrs et efficients, qui s'inscrivent dans une perspective de développement durable. Tous les pays sont appelés à atteindre ces objectifs en concertation avec les professionnels de la santé.

9 Organisation mondiale de la Santé (OMS) — Alliance mondiale pour la sécurité des patients. (2005). *Défi mondial pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.
10 Repéré à http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_fr.pdf?ua=1
11 Idem
12 OMS. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais.* Genève : OMS.

En 2004, l'OMS a lancé le programme *Sécurité des patients* afin de considérer cette problématique de façon globale et concertée. Plus récemment, l'OMS a déployé un effort de coordination pour dix pays de l'Afrique de l'Est. Le programme Sécurité des patients de l'Inter-Country Support Team (IST) vise à sensibiliser les autorités nationales à l'importance de mettre au centre de leur système de santé la recherche du meilleur niveau de qualité des soins.

1.2.2. L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients (OMS)

L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients préconise de recourir à des interventions systémiques et à des changements dans la culture organisationnelle pour améliorer la sécurité des patients, plutôt que de dénoncer individuellement les praticiens et les administrateurs de la santé. Les principaux domaines d'action du programme *Sécurité des patients* visent l'amélioration de certains aspects particuliers de la sécurité des patients. En 2008, l'Alliance mondiale a publié les priorités de recherche et d'actions pour les pays développés et ceux en voie de développement afin d'atténuer tous les risques iatrogéniques[13].

L'OMS élabore une classification internationale des principaux déterminants de la sécurité des patients : la Classification internationale pour la sécurité des patients (CISP).

> *« La CISP vise à fournir une taxonomie commune aux fins du partage de l'information sur les incidents liés à la sécurité des patients et de l'évaluation de l'incidence du changement. […], la CISP sert à l'ordonnancement de l'information sur la sécurité des patients en classes notionnelles. Ce système de classification nous permettra de poser des questions, d'écouter et de discuter en tenant compte des similarités et des disparités linguistiques, culturelles et dans le continuum de soins. Le portail des Alertes mondiales sur la sécurité des patients utilise la CISP pour communiquer l'information sur la sécurité des patients[14]. »*

1.2.3. L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)

Selon l'Organisation de Développement et de Coopération Économiques (OCDE), « l'un des faits les plus importants de la dernière décennie est la prise de conscience générale des problèmes de qualité dans le domaine des soins de santé. En fait, on voit se multiplier, dans les pays de l'OCDE, les signes de manquements graves à la qualité qui se traduisent par des morts, des incapacités ou des séquelles de santé qui n'auraient pas dû se produire et qui ne font qu'ajouter aux coûts. Ces problèmes sont de trois sortes : les interventions injustifiées, la non-administration de soins appropriés et les erreurs médicales[15]. »

L'OCDE attire l'attention des décideurs des pays membres sur les principaux défis qu'ils ont à relever pour améliorer la performance de leurs systèmes nationaux de santé. De plus, elle recommande d'investir pour assurer les compétences des professionnels en réponse aux grands enjeux de la santé

[13] Repéré à http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_fr.pdf?ua=1
[14] Repéré à http://www.globalpatientsafetyalerts.com/French/ToolsResources/Pages/International-Classification-for-Patient-Safety.aspx
[15] Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants*, Résumé, p. 12.

mondiale, plaidant que les pays les plus performants n'ont pas hésité à élargir les rôles professionnels, particulièrement dans un nouveau partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières[16].

L'OCDE déploie des efforts considérables pour le développement de statistiques de comparaison entre les pays membres dans tous les domaines et produit des rapports chiffrés dans le domaine sanitaire. Au début du 21e siècle, l'OCDE a lancé un projet à long terme, le projet *Health Care Quality Indicators* (HCQI)[17]. Grâce à la participation de plusieurs instances internationales, ce projet produit des données comparables sur le plan international. Toutefois, un grand travail méthodologique reste à faire. Le Canada, la France, la Suisse et la Belgique font partie des pays qui y participent. Ce projet nourrit aussi des débats sur les systèmes d'information dans une perspective d'amélioration quantitative et qualitative des données colligées. L'OCDE produit un rapport annuel sur les systèmes de santé des pays membres basé sur la présentation des résultats d'une cinquantaine d'indicateurs recueillis, dont les *Patient Safety Indicators.*

1.2.4. Le Conseil international des infirmières (CII)

Le Conseil international des infirmières (CII) est préoccupé par la pénurie de personnel infirmier qualifié qui menace la qualité des soins et la sécurité des patients. Il soutient que, dans une perspective de croissance des besoins de santé et d'augmentation des coûts, les infirmières doivent définir, examiner et évaluer les résultats de soins aux patients. Le CII insiste sur l'importance d'investir dans une formation initiale appropriée aux exigences de la pratique infirmière ainsi que dans des programmes de perfectionnement tout au long de la carrière[18]. Pour le CII, le leadership infirmier repose sur des connaissances basées sur les preuves scientifiques et spécifiques à différents domaines de pratique.

Le CII a lancé, en 2001, le programme *International Classification for Nursing Practice*, connu sous le sigle ICNP, qui vise à proposer une nomenclature acceptée par les experts sur le plan international pour décrire la pratique infirmière sous plusieurs dimensions et milieux cliniques[19]. La profession déploie des efforts soutenus pour enrichir (sur une base bisannuelle) les terminologies correspondant à la pertinence et à l'évolution des pratiques infirmières. Un des grands objectifs est de favoriser les comparaisons intraprofessionnelles et la communication entre les infirmières, de même qu'entre les infirmières et les autres professionnels. Dans la francophonie, une école universitaire de sciences infirmières, celle de l'Université de Sherbrooke au Québec (Canada), participe à ces travaux. Cette nomenclature ICNP peut s'avérer utile pour la collecte de données relativement à la qualité des soins infirmiers.

[16] OCDE. (2008). *Les personnels de la santé dans les pays de l'OCDE: comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questionssociales/9789264050778]; 16.07.2010

[17] OCDE. (2011). *Améliorer la performance des soins de santé : Comment mesurer leur qualité*. Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264094840-fr

[18] Conseil international des infirmières (CII). (2010). « Global issues and trends in nursing education ». Genève : CII.

[19] Coenen, A. (2003). « The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme: Advancing a Unifying Framework for Nursing », *Online Journal of Issues in Nursing, 8*(2). Repéré à http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No2May2003/ArticlesPreviousTopics/TheInternationalClassificationforNursingPractice.aspx

1.2.5. L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) est une agence spécialisée de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Avec ses 15 pays membres, la CEDEAO est la plus peuplée des communautés régionales d'Afrique. Dans son plan stratégique 2009-2013, l'OOAS[20] préconisait l'amélioration de la qualité dans les systèmes sanitaires et rappelait l'importance d'une formation mieux adaptée et rehaussée des professionnels de la santé. La nécessité d'une formation de haut niveau pour les formateurs est retenue. Il est anticipé que l'harmonisation des politiques favorise la reconnaissance réciproque des diplômes, le développement de la recherche scientifique, la promotion et la diffusion des bonnes pratiques ainsi que l'adéquation des qualifications des agents de santé.

1.2.6. L'Alliance francophone pour la qualité et la sécurité des soins (AFQUARIS)

Devant les grands défis mondiaux liés à la qualité des soins et à la sécurité des patients, des décideurs, des gestionnaires et des professionnels de tous les pays préoccupés par la qualité des soins et la gestion des risques ont senti le besoin de mettre en commun leur expertise pour s'influencer et s'enrichir mutuellement afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations sur le plan mondial.

L'Alliance francophone pour la qualité et la sécurité des soins (AFQUARIS) a pour mission de promouvoir la culture et les démarches d'amélioration en santé auprès des établissements de santé et des professionnels de santé francophones, de soutenir la mise en œuvre de projets, d'aider à l'élaboration de guides et référentiels, d'organiser des missions d'accompagnement locales, régionales et internationales dans les pays francophones et de favoriser les échanges entre les acteurs de la qualité et de la gestion des risques en santé des pays de la francophonie.

1.3. Le contexte international des systèmes de santé

1.3.1. La santé, un vecteur de développement économique

Depuis un demi-siècle, les investissements massifs en santé ont permis d'abaisser le taux de mortalité attribuable à certaines maladies comme le cancer et d'allonger l'espérance de vie d'un être humain d'un an tous les quatre ans dans les pays de l'OCDE[21]. Il est reconnu que des systèmes de santé performants contribuent au développement économique, à l'investissement et à la prospérité.

Les investissements en santé publique et dans les services de soins agissent comme des stabilisateurs économiques et des créateurs de richesse. Considérant la place importante qu'occupe le budget de la santé dans les finances publiques des pays de l'OCDE, les services de soins ont tendance à être perçus comme une dépense sociale. Or, le système de santé produit aussi des services dont l'impact économique

[20] Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). (2008). *Plan stratégique de développement 2009-2013*.
[21] OCDE. (2010). *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*, OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, no 2.

agit sur la croissance. La productivité d'un pays, qu'il soit industrialisé ou en développement, est attribuable en grande partie à la bonne santé de sa population et à la performance de son système de santé. Un investissement en santé implique un investissement dans le capital humain. Une forte productivité de la main-d'œuvre ouvrira la voie à l'accroissement de l'investissement national et étranger. La qualité des soins de santé réduit les risques et stimule les perspectives d'investissement. Les pays se souciant de la qualité des soins de santé créent un climat d'investissement attrayant pour les entreprises, pavant la voie à l'innovation.

L'OMS rappelle qu'il existe un problème d'infrastructures adéquates en Afrique, où peuvent coexister des hôpitaux modernes et des centres de santé qui n'ont pas d'eau courante sur une base régulière. Dans de nombreux pays en développement, le secteur public n'a pas les moyens d'assurer des services de santé à l'ensemble de la population ou de faire en sorte que les services de santé offerts par le secteur privé aillent dans le sens de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres[22]. Pour ces pays, la santé est aussi un atout économique de première importance, puisqu'une grande proportion de la population n'a tout simplement pas les moyens de se faire soigner. En effet, se faire soigner implique une forte atteinte aux sources de revenus de la famille compte tenu du coût élevé des soins médicaux.

1.3.2. La santé, un poids lourd dans les finances publiques

Dans les pays de l'OCDE, les soins de santé représentent une part importante des dépenses publiques. Selon les estimations de l'OCDE, ces dépenses devraient augmenter de 3,5 à 6 points de pourcentage du PIB d'ici 2050 dans l'ensemble des pays membres[23,24]. L'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé se traduirait par une économie de dépenses publiques de près de 2 % du PIB, en moyenne, pour les pays de l'OCDE[25].

Tableau 1 : Les dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) dans différents pays de l'OCDE en 2012

Pays	% du PIB
Belgique	10,9 %
Canada	10,9 %
France	11,6 %
Suisse	11,4 %

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014, http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm

22 OCDE-OMS. (2003). VIII : *Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté*, Revue de l'OCDE sur le développement 1/2003 (no 4), p. 185-201. Repéré à http://www.cairn.info/revue-de-l-ocde-sur-le-developpement-2003-1-page-185.htm
23 OCDE. (2010). *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*, OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, no 2.
24 OCDE. (2013). *Quel avenir pour les dépenses de santé ?*, OCDE, Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n° 19, juin.
25 OCDE. (2010), *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé,* OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, no 2.

Il est jugé impératif par les États de freiner la croissance des coûts et d'optimiser le rendement des investissements en soins. Toutefois, l'amélioration de l'efficience se traduit souvent par une diminution des dépenses, sans égard aux résultats de soins. L'évolution des maladies en regard des contextes économiques changeants incite les planificateurs de la santé à essayer diverses manières d'obtenir de meilleurs rendements des investissements en santé. Cette tendance se maintiendra ces prochaines décennies.

1.3.3. À la recherche du meilleur ratio coût-efficacité

D'une part, la santé d'une population se révèle un vecteur de développement économique et, d'autre part, la demande de soins de plus en plus sophistiqués crée une pression presque insoutenable sur les finances publiques des États. Les systèmes de santé vivent de grandes pressions relativement à l'augmentation des coûts des soins qui accentuent leur part des dépenses sur l'ensemble des finances publiques. Ainsi, tous les pays de l'OCDE recherchent les meilleures pratiques pour atteindre l'objectif du ratio coût-efficacité optimal.

Selon la Commission européenne, l'analyse coût-efficacité a pour but de déterminer la manière la plus efficace, du point de vue économique, de réaliser un objectif préétabli. L'efficacité en évaluation est le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs. En d'autres mots, l'analyse coût-efficacité repose sur l'estimation du coût d'obtention d'un résultat ou les dépenses estimées pour la mise en œuvre du programme. Cette méthode permet de comparer des politiques, des programmes ou des projets entre eux. Elle permet ainsi de confronter plusieurs alternatives, notamment dans le but de choisir celle qui est la plus apte à obtenir un résultat donné pour le coût le moins élevé[26].

Selon un rapport de l'OCDE publié en 2010 : « Aucun système de santé n'offre systématiquement un meilleur rapport coût-efficacité des dépenses de santé. Plutôt que le type de système, c'est davantage la manière dont il est géré qui importe27. » L›atteinte d›un meilleur ratio coût-efficacité est un constant travail de révision exigeant de chaque pays qu›il analyse finement les forces et les faiblesses de son système de santé et qu'il évalue les gains potentiels d›efficacité ainsi que les réformes pour les concrétiser. De plus, pour implanter des réformes concrètes, il importe de s'inspirer des meilleures pratiques internationales, tout en adaptant ces réformes au contexte local. À cet égard, la recherche en sciences infirmières peut efficacement contribuer au développement et à la validation des meilleures pratiques de soins.

La non-qualité des soins de santé freine l'implantation des meilleures pratiques de soins essentielles à la longue chaîne de l'innovation. Ultimement, la non-qualité se reflètera dans un système de santé moins efficace à traiter les maladies qui affligent la population. Ce manque d'efficacité et ce déficit

[26] Repéré à http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too_cef_def_fr.htm
[27] OCDE. (2010), *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*, OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, no 2.

de soins minent la vie des individus, la productivité des organisations et des nations; ils peuvent engendrer plusieurs conséquences néfastes : décès prématurés, perte de la qualité de vie, perte de travail à court et à long terme, fardeau accru pour les familles et les proches aidants. Il y a un coût d'opportunité important à voir réduite l'activité de personnes sur le marché du travail qui, si elles avaient eu des traitements plus efficaces, auraient pu contribuer davantage à la productivité et à la croissance économique de leur pays.

Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients se révèle une solution pour réduire la pression des coûts et concilier l'augmentation de la demande de soins avec les contraintes budgétaires.

1.4. La gestion des risques au cœur du management, à tous les niveaux

La gestion des risques s'impose de plus en plus comme une priorité des États. Les risques mal gérés engendrent des coûts importants liés aux complications, à une utilisation inappropriée de services, à des événements indésirables et à des décès.

En 2001, l'OMS a procédé à la première analyse des systèmes de santé effectuée dans le monde[28]. Selon Christopher Murray, alors directeur du Programme mondial de l'OMS pour les bases factuelles à l'appui des politiques de santé :

> *« Malgré les progrès importants accomplis ces dernières décennies, la quasi-totalité des pays exploite incomplètement les ressources dont ils disposent. Il en résulte de très nombreux décès et incapacités évitables, des souffrances inutiles, des injustices, des inégalités et le non-respect du droit fondamental de l'être humain à la santé[29]. »*

En guise d'exemple, en France, un patient hospitalisé sur 20 est atteint d'une infection nosocomiale. C'est ce qu'a indiqué l'Institut de veille sanitaire en présentant les résultats d'une vaste enquête réalisée entre mai et juin 2012 en collaboration avec les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales : 1 938 établissements de santé, représentant plus de 90 % des lits d'hospitalisation, ont été consultés pour faire une mesure, à un jour donné, du nombre de personnes infectées. Sur les 300 330 patients hospitalisés, 15 180 (soit 5,1 %) présentaient une ou plusieurs infections nosocomiales[30].

L'épidémie récente d'Ebola en Afrique de l'Ouest est une illustration flagrante des risques économiques encourus par les pays où les mesures de santé publique ne sont pas suffisantes et où le système de soins est parfois quasi inexistant. Par ailleurs, une épidémie mondiale d'influenza très virulente affecterait l'économie de tous les pays. En ce sens, la mondialisation des échanges accroît les risques de propagation des épidémies.

[28] OMS. (2001). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant.*
[29] Repéré à http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
[30] Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013. 181 p..

La nécessité d'une bonne gestion des risques est primordiale dans les pays en développement. Par exemple, l'Afrique représente 11 % de la population mondiale, mais supporte 24 % de la charge de morbidité — plus de 60 % des personnes atteintes du VIH/SIDA y vivent — et ne compte que 3 % des personnels de santé[31,32]. À cet égard, la question de l'émigration de la main-d'œuvre infirmière africaine est cruciale. En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait à plus de 4,3 millions de travailleurs le déficit en personnels de santé à l'échelle mondiale[33]. Les pays à faibles revenus sont particulièrement touchés : parmi les 57 pays où la pénurie était jugée critique, 36 étaient des pays d'Afrique subsaharienne. La présence d'un nombre suffisant de professionnels de la santé hautement compétents se révèle un préalable à toute démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Compte tenu de l'importance des soins infirmiers sur les résultats de santé des personnes soignées, les directions de soins infirmiers se voient souvent confier la gestion de la qualité et le suivi des statistiques d'événements indésirables. Des efforts considérables sont consacrés à la sécurité des patients par les directions de soins infirmiers. Toutefois, les décisions administratives de niveau supérieur touchant l'allocation des ressources viennent parfois affecter la capacité à respecter les normes de soins.

En guise d'exemple, les bonnes pratiques en matière de surveillance clinique des patients n'ayant jamais reçu d'opiacés et recevant cette médication par voie intraveineuse préconisent une surveillance intensive de la part des infirmières. Or, souvent, le nombre d'infirmières présentes dans l'unité de soins ne le permet pas. Des enquêtes du coroner* au Québec (Canada) ont rapporté des décès liés à un manque de surveillance[34].

Les directions de soins des centres hospitaliers universitaires (CHU) encouragent des partenariats avec les universités pour élaborer des programmes de recherche afin d'assurer l'excellence des pratiques de soins malgré les restrictions budgétaires. Les comparaisons interétablissements en matière de sécurité des patients demeurent timides au Canada. En France, le ministère de la Santé publie le classement des hôpitaux (un palmarès) sur le plan des infections nosocomiales.

L'American College of Surgeons a créé le *National Surgical Quality Improvement Program*[35]. Ce programme, développé par des chirurgiens, répond au défi de définir et de prévenir les complications chirurgicales évitables. Ce programme permet à des centaines d'hôpitaux partout aux États-Unis d'évaluer la qualité de leurs programmes chirurgicaux avec une précision inégalée et d'améliorer de façon mesurable les résultats chirurgicaux. Dans le cadre de ce programme, des patients sont suivis

[31] Falk Rafael, A. (2005). « Speaking Truth to Power: Nursing's legacy and Moral Imperative », *Advances in Nursing Science, 28*(3), p. 212-223.

[32] Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers - La réponse aux défis des systèmes de santé*, 52 p.

[33] OCDE-OMS. (2010). Les migrations internationales des personnels de santé. *Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale*. Repéré à http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/44786070.pdf

[34] Durand, S. et coll. (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (2e édition)*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 24 p.

[35] Repéré à http://site.acsnsqip.org/program-specifics/data-collection-analysis-and-reporting/

pendant 30 jours après leur opération, ce qui permet d'obtenir une image plus complète de leurs soins. Les rapports statistiques aident les hôpitaux à déterminer dans quels domaines ils sont moins performants. Les comités de gestion de la qualité des hôpitaux utilisent les conclusions du rapport pour améliorer la planification des soins, notamment pour réorganiser les flux de travail, favoriser et améliorer la formation interne et élaborer des initiatives d'amélioration de performance clinique. Une étude auprès de 118 hôpitaux concluait que le programme a permis à chaque hôpital d'éviter entre 250 et 500 complications chaque année[36]. De plus, 82 % de ces hôpitaux ont noté une réduction des taux de morbidité et 66 % d'entre eux, des taux de mortalité.

Note : * Au Québec, le coroner est un officier public (médecin, avocat ou notaire) nommé par le gouvernement et placé sous l'autorité du coroner en chef. Il intervient systématiquement dans différentes situations, notamment lorsqu'un décès est survenu dans des circonstances violentes (accident, suicide, homicide), obscures ou à la suite de la négligence d'une personne, lorsque la cause d'un décès est inconnue ou lorsque l'identité d'une personne décédée est inconnue, etc.

Tous les pays sont appelés à assurer la transparence et la divulgation des incidents indésirables. Des regroupements de patients et de familles lésés, des groupes de pression, des syndicats, des associations professionnelles exercent une surveillance étroite des incidents de soins. Des syndicats et regroupements infirmiers s'inquiètent du fait que cela risque d'accabler la profession infirmière, qui est déjà sous pression, en attirant l'attention sur les manquements infirmiers découlant d'un fardeau de tâches Ils craignent que cela ne mine la confiance du public envers la profession.

Le SIDIIEF estime, au contraire, que la protection de la population exige la plus grande transparence en cette matière. Celle-ci servira de tremplin pour donner de meilleurs soins. Toutefois, certaines données ne sont pas faciles à obtenir ou à interpréter. Les États développés déploient des processus de contrôle et d'agrément des établissements de soins. Ces mécanismes ne peuvent pas toujours capter la « non-qualité » (par exemple, une infection qui se déclare après le congé ou la sortie de l'hôpital).

1.5. Les soins infirmiers : la cible de rationnement budgétaire

Malgré les différences structurelles et organisationnelles entre les pays, il est bien connu que les effectifs nationaux d'infirmières peuvent représenter jusqu'à 40 % de la masse salariale des dépenses en santé dans les pays développés. La profession infirmière regroupe les professionnels qui assurent plus de services de santé que tout autre type de fournisseurs, tout au long du continuum de soins. Les soins infirmiers constituent la base de l'offre de soins de santé dans la plupart des pays, indépendamment de la vigueur des économies nationales. Un document de l'OMS, produit en 2009, fournit les statistiques suivantes sur les effectifs en santé pour la période 2000-2007[37].

[36] Hall, B. et coll. (2009). « Does Surgical Quality Improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program ». *Annals of Surgery, 205*(3), p. 363-376; September. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181b4148f

[37] OMS. (2009). Statistiques sanitaires mondiales 2009. p. 104-105.

Tableau 2 : Personnel de santé, 2000-2007, pays de l'OMS

Médecins	Personnel infirmier et sages-femmes	Personnel en dentisterie	Agents de santé communautaire et autres prestataires des services de santé
8 404 351	17 651 585	1 854 572	14 631 863

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2009). Statistiques sanitaires mondiales 2009, p. 104-105.

Ce poids considérable de la profession incite les décideurs gouvernementaux à considérer les services professionnels infirmiers comme un coût de fonctionnement. Plusieurs administrations gouvernementales compriment les dépenses liées aux ressources infirmières sans tenter de mettre en valeur les gains potentiels et le rendement de l'investissement[38]. Trop souvent, les coûts liés aux soins infirmiers sont perçus comme un obstacle plutôt qu'un investissement pour la qualité et la continuité des soins[39,40].

Par ailleurs, de nombreux pays ont adopté des mesures visant à freiner les dépenses publiques liées à ces fonctions : baisse des salaires des professionnels de santé, réduction des effectifs, diminution de la rémunération des prestataires de santé et accroissement de la part payée par les patients afin d'alléger les pressions budgétaires[41].

Parce qu'elle représente une large part des dépenses en salaires des systèmes de santé et parce que son travail est perçu comme un appui au service médical, la profession infirmière devient la cible de tentatives répétées de rationalisation, voire de rationnement, sans que l'impact de ces mesures soit bien analysé du point de vue de la sécurité des patients, de la qualité des soins et de l'efficacité à long terme du système de santé.

À couper dans les effectifs infirmiers, il y a un grand risque de priver le patient d'un continuum de soins qui a fait ses preuves. Le SIDIIEF redoute l'impact de ces décisions à courte vue. Il estime qu'elles entraîneront des hausses de coûts à plus long terme, sans compter les effets néfastes sur le corps infirmier et, éventuellement, sur l'attrait à la profession. Au lieu de considérer les effectifs infirmiers sous l'angle des coûts, il est clair, pour le SIDIIEF, qu'il faut utiliser le potentiel infirmier comme un levier d'efficacité et d'efficience pour l'ensemble du système de santé.

38 Aiken, L. H. (2008). « Economics of nursing », *Policy, politics, nursing practice*. 9(2), p. 73-79.
39 Idem
40 Vanhook, P. M. (2007). « Cost-utility analysis: a method of quantifying the value of registered nurses ». *Online Journal of Issues in Nursing, 12*(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man05.
41 Morgan, D. and R. Astolfi (2013), "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?", OECD Health Working Papers, No. 60, OECD Publishing. p. 158

2

La qualité des soins infirmiers : un levier de performance des systèmes de santé

Qu'il s'agisse d'une économie prospère ou en développement, les infirmières sont le noyau dur des effectifs des systèmes de santé nationaux. Elles sont confrontées à la question de la sécurité des patients au quotidien. Inévitablement, elles jouent un rôle vital dans le maintien et la promotion de la sécurité des patients.

La profession infirmière s'investit depuis longtemps sur ce plan et elle s'appuie déjà sur une bonne base en ce qui concerne ses actions en matière de sécurité des patients et de qualité des soins. Des outils sont en place pour soutenir la pratique infirmière : recherche, progrès des connaissances, technologies, interdisciplinarité, leadership infirmier, formation universitaire.

L'investissement en capital infirmier revêt une importance majeure pour la performance des systèmes de santé. Certains pays permettent aux infirmières d'exercer un leadership dans la prévention, la prestation de soins et l'organisation clinique. Dans un système qui privilégie la qualité des soins infirmiers, les infirmières interviennent davantage dans l'évaluation des besoins de santé et le traitement des patients. Il est démontré que les pays aptes à créer de nouveaux rôles infirmiers font des gains en matière de qualité et d'efficacité.

En Angleterre, la contribution de l'infirmière est fortement valorisée, notamment dans les soins de santé primaires. Les infirmières en pratique avancée peuvent être prescriptrices depuis les années 1990[42]. La Norvège assure un niveau d'autonomie important aux différents groupes d'infirmières spécialisées, comme dans les *nurse-led clinics*[43]. Aux États-Unis, plusieurs centres d'excellence utilisent la ressource infirmière comme facteur d'optimisation du rendement pour générer des résultats cliniques et systémiques. L'application de ces principes fait appel à une grande autonomie des infirmières, à leur participation aux décisions ainsi qu'à leur progression professionnelle[44]. Des recherches en démontrent les effets favorables sur la sécurité des patients, la qualité des soins, la satisfaction des patients et du personnel, et ce, sans coûts additionnels[45,46].

[42] Dubois, C. A. et coll. (2013). *Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé - Une étude comparative*. Rapport sommaire. Rapport soumis au Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec, Canada).
[43] Idem
[44] SIDIIEF. (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers - Une réponse aux défis des systèmes de santé*. Montréal : SIDIIEF. 52 p.
[45] Aiken, L. H. (2005). « Extending the Magnet concept to developing and transition countries », *Reflections on Nursing leadership, 31*(1), p. 16-18.
[46] Aiken, L. H. (2008). « Economics of nursing », *Policy, politics, nursing practice, 9*(2), p. 73-79.

2.1. Les bénéfices cliniques et systémiques de la qualité des soins infirmiers

Selon la littérature internationale, il est clair que, pour améliorer leur performance, les systèmes de santé pourraient miser davantage sur la profession infirmière, notamment sur la portée du champ d'exercice infirmier et sur l'introduction de rôles infirmiers de pointe. Ultimement, le patient et le système de santé profiteraient de ces gains de performance.

La littérature fournit des données sur les gains d'efficacité et d'efficience systémiques générés par l'utilisation optimale des infirmières qui profitent au patient de nombreuses façons :

- amélioration de la qualité des soins[47];
- vies sauvées et prolongées[48];
- meilleure santé et qualité de vie des patients[49];
- baisse des événements indésirables[50];
- complications et hospitalisations évitées[51];
- meilleur continuum de soins, réduisant le recours aux soins plus coûteux[52];
- meilleure gestion des maladies chroniques[53];
- bien-être accru des patients[54];
- meilleure gestion de la douleur[55];
- adoption de comportements de santé aux différents niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire)[56];
- meilleur accès aux soins de santé[57];
- diagnostic et traitement plus rapides[58];

[47] Needleman, J. et coll. (2002). « Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals ». *New England Journal of Medicine, 346*(22), p. 1715-22. doi: 10.1056/NEJMsa012247.
[48] Aiken, L. H. et coll. (2003). « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *JAMA, 290*, p. 1617-23.
[49] Actions-Santé. (2013). *Évaluation du programme*. Retombées observées.
[50] Dall, T. M. et coll. (2009). « The Economic Value of Professional Nursing ». *Med Care, Jan, 47*(1), p. 97-104. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181844da8
[51] Aiken, L. H. et coll. (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes », *JONA, 38*(5), p. 223-229.
[52] American Nurses Association (ANA). (2012). « The Value of Nursing Care Coordination : A white paper of the American nurses association », June.
[53] Idem
[54] Idem
[55] Idem
[56] Canadian Nurses Association (CNA). (2013). « Registered nurses : stepping up to transform health care », September.
[57] Cootauco, M. B. (2008). « Nurse led rapid diagnosis and management of TB », *Nursing Times, 104*(32), p. 28-29. Repéré à http://www.nursingtimes.net/nurse-led-rapid-diagnosis-and-management-of-tb/1794335.article
[58] CNA. (2013). « Registered nurses : stepping up to transform health care », September.

- meilleure adhésion des patients aux traitements et aux médicaments[59];
- meilleur suivi des patients[60];
- meilleure transition des soins vers la communauté[61];
- baisse générale des dépenses dans le système de santé[62].

Les bénéfices cliniques sont révélateurs de la performance d'un système. Les bénéfices mentionnés ci-dessus constituent des impacts positifs considérables qu'il est possible de rattacher à la qualité des soins infirmiers.

À la lumière des bénéfices documentés, le SIDIIEF estime que renverser les idées préconçues sur le rendement potentiel du corps infirmier se révèlerait un excellent levier pour tous les pays afin d'améliorer leur ratio coût-efficacité sans compromettre la sécurité des patients ni la qualité des soins. Les soins infirmiers devraient être considérés non plus comme un poste budgétaire de dépenses, mais bien comme un facteur d'efficience à long terme essentiel pour remodeler les systèmes de santé.

59 Burns, M. (2013). « Study : Nurse practitioners role in patience adherence intensifies ». Repéré à http://www.drugs.com/news/study-nurse-practitioners-role-patience-adherence-intensifies-47465.html

60 Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). « Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries ». *OECD Health Working Papers, No 54*. Paris : OECD Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

61 Karoly, L. A. et coll. (2005). « Early Childhood Interventions - Proven Results, Future Promise », *RAND Corporation*, 200 p. Repéré à http://www.rand.org/pubs/monographs/MG341.html

62 OIIQ. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé - Une analyse coûts/bénéfices*, Juin, 48 p.

2.2. La valeur économique de la profession infirmière

Depuis quelques décennies, plusieurs économistes de la santé ont proposé des modèles empiriques pour mieux évaluer le potentiel de rendement systémique des infirmières. Ces modèles tentent le plus souvent d'estimer l'impact des scénarios suivants :

- l'augmentation de l'offre de soins infirmiers;
- l'implantation des meilleures pratiques infirmières;
- la coordination des soins effectuée par des infirmières;
- les résultats de soins par des infirmières formées à l'université.

Les paramètres d'analyse les plus souvent retrouvés dans la littérature internationale concernant ces scénarios sont :

- la diminution de la mortalité;
- l'épargne liée à la diminution des complications;
- l'épargne liée à la diminution de la durée des séjours hospitaliers;
- l'épargne liée à la diminution des réadmissions hospitalières;
- l'allègement du fardeau en première ligne;
- l'épargne liée à la substitution infirmière-médecin pour certains actes médicaux.

Dans sa publication intitulée « Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé : Une analyse coûts/bénéfices » (2013)[63], l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a relevé les extraits marquants de la littérature internationale concernant la valeur économique de la profession infirmière dans une variété de milieux. Il s'agit d'exemples illustrant bien l'apport économique d'une intensité plus grande d'infirmières dans un milieu donné, de leur meilleure utilisation ou de rôles accrus.

Ainsi, l'OIIQ mentionnait une étude américaine de 2009[64] intitulée *The Economic Value of Professional Nursing* qui a tenté de chiffrer la valeur économique d'une infirmière. L'étude concluait que l'ajout de 133 000 infirmières dans les soins de courte durée des hôpitaux sauverait 5 900 vies par année. La valeur en productivité de ces décès évités se chiffre à 1,3 G $US par année (ou 9 900 $US par infirmière par année). Cet ajout d'infirmières — menant à une convalescence plus rapide des patients — augmenterait la productivité nationale américaine de 231 M $US par an et permettrait des épargnes en coûts médicaux se chiffrant à 6,1 G $US par an (46 000 $US par infirmière par année).

[63] OIIQ. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé - Une analyse coûts/bénéfices*, juin, 48 p.

[64] Dall, T. M. et coll. (2009). « The Economic Value of Professional Nursing ». Med Care, Jan, 47(1), p. 97-104. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181844da8

Le tableau suivant reprend d'autres exemples tirés de la publication de l'OIIQ.

Tableau 3 : La valeur économique de l'infirmière, des exemples

- Un exercice de simulation aux États-Unis a permis à des chercheurs d'établir un ratio bénéfices/coûts pour l'ajout d'une *registered nurse* à temps plein par patient-jour pour 1 000 patients hospitalisés. Ces ratios s'établissent positivement à 2,51 pour les unités de soins intensifs, 1,79 pour les patients en chirurgie et 1,27 pour les patients en médecine[65].
- Une étude-simulation américaine à partir de données de 799 hôpitaux généraux en soins de courte durée démontre que l'augmentation de la proportion d'heures de soins infirmiers donnés par les *registered nurses* (sans augmentation du total des heures/infirmières) amènerait une réduction de 1,5 million de « jours-hôpital », éviterait 60 000 complications et entraînerait une réduction nette de 0,5 % des coûts66.
- Une étude américaine a démontré que les hôpitaux embauchant un grand nombre de registered nurses obtiennent de meilleurs résultats, notamment des réductions des complications variant entre 3 % et 12 %. Une autre étude a montré qu'une augmentation de 10 % des infirmières autorisées entraînerait des baisses de 3 % des chutes de patients et de 1,5 % des problèmes pulmonaires67.
- Cho, S.H. et coll. (2003) ont montré qu'une augmentation de 10 % de la proportion de la dotation en registered nurses a été associée à une diminution de 9,5 % de la probabilité de pneumonie dans 243 hôpitaux de soins aigus en Californie68.
- Une étude a révélé que des hôpitaux américains ayant une plus grande proportion d'infirmières autorisées voient leurs patients rester moins longtemps pour leur traitement. De plus, ces hôpitaux avaient des taux inférieurs de mortalité postopératoire causés par des thromboses, des embolies pulmonaires ou de l'insuffisance cardiaque69.
- Une meilleure complémentarité entre les médecins généralistes et les infirmières entraînerait une diminution de 12 % des coûts des soins et des services de première ligne[70].
- Selon une étude, la sous-utilisation de l'expertise infirmière en Nouvelle-Zélande occasionnerait des dépenses de 37 K $NZD pour chaque tranche de 1 000 patients[71]. Au Texas, le Perryman Group a évalué à environ 6,2 % des coûts de santé le potentiel d'épargnes nettes lié à une meilleure utilisation des pratiques infirmières avancées.

Ainsi, il est possible de chiffrer monétairement les gains attribuables à l'expertise de l'infirmière et à un niveau de dotation adéquat, notamment le bénéfice économique lié à des baisses du nombre d'hospitalisations ou de réadmissions, à des pneumonies ou à des chutes évitées.

L'impact économique des infirmières est peu documenté pour les milieux communautaires et ambulatoires, où leur influence sur le continuum des soins (incluant la prévention et le suivi des maladies) mérite d'être mise en valeur. Mentionnons toutefois le groupe Research and Development (RAND)[72] qui a étudié, en 2005, l'impact d'un programme infirmier à l'échelle d'une communauté

[65] Thunjaroenkul, P. et coll. (2009). « Costs Associated with Increased RN staffing in Acute-Care Hospitals : Simulation Exercise », *Nursing Economics, 27*(5), p. 302-14.
[66] Needleman, J. et coll. (2002). « Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals ». *New England Journal of Medicine, 346*(22), p. 1715-22. doi: 10.1056/NEJMsa012247
[67] Unruh, L. (2003). « Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals ». *Med Care, 41*(1), p. 142-152.
[68] Cho, S. H. et coll. (2003). « The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs ». *Nursing Research*, 52, p. 71-79.
[69] Blegen, M. A. et coll. (203). « Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes », *JONA, 43*(2), February, p. 89-94.
[70] Manga, P. et Campbell, T. (1994). « Health human resources substitution: a major area of reform towards a more cost-effective health care system ». University of Ottawa. Administration, Health Sciences, Medicine.
[71] Turbide, S. (2012). *La sous-utilisation des infirmières coute cher*, Le Progrès-Dimanche, 6 mai, p. 28-29.
[72] Karoly, L.A. et coll. (2005). « Early Childhood Interventions - Proven Results, Future Promise », *RAND Corporation*, 200 p. Repéré à http://www.rand.org/pubs/monographs/MG341.html

(*Family Nurse Partnership (FNP) — program in which nurses work with first-time low-income or vulnerable mothers from pregnancy until the child turns two*). Le coût annuel du programme par enfant a été estimé à 9 118 $US et le rendement sur l'investissement à la société a été de 26 298 $US, un ratio bénéfice-coût positif de 2,88 (1 $US dépensé dans ce programme permet une économie de 2,88 $US à la société). Pour les mères à plus haut risque, le ratio grimpe à 5,70 (1 $US dépensé dans ce programme permet une économie de 5,70 $US à la société).

Dans une perspective d'analyse économique, la formation des infirmières prend une grande place dans la littérature internationale portant sur la valeur économique de l'infirmière. À juste titre, plusieurs études font la preuve que la formation des infirmières est un enjeu-clé de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Dans son mémoire sur la formation universitaire, le SIDIIEF (2011) prônait déjà l'importance de la formation et de ses effets. Des études américaines confirment que les taux de décès dus à des complications ont diminué significativement dans divers environnements de soins avec une forte présence d'infirmières formées au premier cycle universitaire, notamment de 27 à 12 pour 1 000 admissions dans des unités de chirurgie[73,74,75,76].

Une étude européenne du RN4CAST[77] montre que les infirmières formées à l'université réduisent le nombre de décès de patients hospitalisés :

> *« Sous la supervision du Pr Linda Aiken, de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Pennsylvanie (États-Unis), l'étude réalisée dans neuf pays européens montre qu'une augmentation de 10 pour cent du nombre des infirmières titulaires d'un bachelor entraîne une diminution de 7 pour cent du risque de décès de patients hospitalisés. S'appuyant sur des statistiques concernant plus de 420'000 patients dans trois cents hôpitaux, l'enquête RN4CAST montre également que chaque patient supplémentaire ajouté à la charge de travail d'une infirmière augmente le risque de décès des patients en chirurgie de 7 pour cent dans les 30 jours suivant leur admission. Entre les hôpitaux dont 60 pour cent des infirmières sont titulaires d'un bachelor et soignent, chacune, six patients en moyenne, et ceux comptant 30 % d'infirmières titulaires d'un bachelor et où la charge moyenne par infirmière est de huit patients, l'écart du taux de mortalité atteint presque 30 %[78]»*

L'enjeu de la formation a aussi fait l'objet d'études au sein de quelques pays de la francophonie. Une étude belge a comparé les coûts associés à un niveau optimal d'infirmières formées à l'université (75e percentile) dans des unités de chirurgie cardiaque avec les bénéfices liés à la réduction des taux

[73] Aiken, L. H.et coll. (2003). « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *JAMA, 290*, p. 1617-23.
[74] Aiken, L. H. et coll. (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes », *JONA, 38*(5), p. 223-229.
[75] Estabrooks, C. A. et coll. (2005). « The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality », *Nursing Research, 54*(2), p. 74-84.
[76] Tourangeau, A. E. et coll. (2007). « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing, 57*, p. 32-44.
[77] Aiken, L.H. et coll. (2014). « Nurses staffing education and hospitals mortality in nine European countries: a retrospective observational study ».
[78] Repéré à http://51955210.swh.strato-hosting.eu/wp_anfiide/international/cii-conseil-international-des-infirmieres/

de mortalité. Selon l'analyse, l'on a réduit la mortalité de 45,9 cas par année et généré annuellement 459 années de vie gagnées, ce qui correspond à 26 372 € par mort évitée et à 2 939 € par année de vie gagnée. Des bénéfices indéniables, comme l'espérance de vie, la qualité de vie et la productivité nationale, amènent les auteurs à conclure qu'un niveau optimal d'infirmières formées à l'université doit être considéré dans la dotation du personnel[79,80].

L'analyse coûts-bénéfices du rehaussement de la formation de la relève infirmière au niveau universitaire, menée par l'OIIQ (2013), propose des scénarios possibles afin d'évaluer l'impact à la fois systémique et économique d'une plus grande dotation en infirmières titulaires d'un diplôme universitaire. Elle étudie les dimensions économiques du passage à la formation universitaire pour la relève infirmière du Québec. Entre 2019 et 2027, le système de santé québécois profiterait d'une valeur ajoutée, sous forme d'économies ou de soins supplémentaires évités, variant entre 930 M $CA et 1,31 G $CA[81].

Ces nombreuses études mettent en relief la capacité de la profession infirmière d'être un acteur important de la transformation des systèmes de santé. La valeur économique de l'expertise infirmière prend forme dans une variété de milieux cliniques et se révèle une composante essentielle de la dynamique des systèmes de santé, autant pour le patient (qui en retire des bénéfices personnels pour sa santé) que pour le décideur qui cherche à bien utiliser la ressource infirmière pour engendrer des gains d'efficacité clinique et systémique.

2.3. L'utilisation optimale des effectifs infirmiers

La littérature laisse entendre qu'actuellement, le personnel infirmier n'est pas utilisé à son plein potentiel pour accroître la performance des systèmes de santé, que ce soit sur le plan de la priorité des investissements, de l'organisation des soins, de l'organisation du travail ou de l'optimisation du champ de pratique.

Deux aspects ressortent des écrits sur l'utilisation optimale des effectifs infirmiers : les gains d'efficacité relativement à la complémentarité de services entre les médecins et les infirmières et ceux liés à la coordination de soins exercée par l'infirmière. La tendance internationale au développement de la pratique infirmière dite avancée est intéressante. Elle implique une volonté politique favorisant un partage d'activités cliniques entre les médecins et les infirmières. La réduction du contrôle des médecins sur l'offre de soins dans les systèmes de santé fait, la plupart du temps, l'objet d'une résistance corporatiste médicale qui est encore très présente dans un grand nombre de pays, particulièrement au sein de la francophonie.

---

79 Van den Heede, K., Simoens, S., Diya, L., Lesaffre, E., Vleugels, A. et Sermeus, W. (2010). « Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? ». *Journal of advanced nursing*, *66*(6), p. 1291-96. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05307.x

80 Sermeus, W. et coll. (2011). « Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology ». *BMC nursing*, *10*(1), 6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6

81 OIIQ. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé - Une analyse coûts/bénéfices*, juin. Montréal : OIIQ. 48 p.

Une analyse de l'évolution de la pratique infirmière avancée dans douze pays de l'OCDE[82] confirme son impact positif sur la qualité des soins et les coûts. Pour faire face aux pénuries de médecins et garantir un accès aux soins satisfaisant, certains pays ont attribué aux infirmières et infirmiers des fonctions plus complexes (par exemple, l'évaluation des problèmes de santé courants, le suivi systématique des malades chroniques, l'élaboration de programmes de santé publique). Dans ces fonctions de soins, il est généralement reconnu que la pratique infirmière avancée permet de fournir des soins de même qualité que ceux des médecins.

Si le degré d'application des rôles infirmiers avancés varie entre les pays, les évaluations effectuées dans les pays qui en ont une plus longue expérience, entre autres en soins de santé primaires, démontrent l'amélioration de l'accès aux services et la réduction des temps d'attente. Ce modèle de soins réduit les coûts ou n'entraîne pas de coûts supplémentaires. Un haut taux de satisfaction des patients s'explique par le temps passé avec l'infirmière ou l'infirmier, la qualité de l'information partagée, une meilleure compréhension de leur condition de santé ainsi qu'une capacité de participer au traitement et de se prendre en charge. La mise en place de pratiques infirmières avancées peut nécessiter des changements dans la législation et la réglementation afin de lever les barrières à leur développement[83] .

Toutefois, l'utilisation non optimale des compétences infirmières amène inévitablement une baisse de la productivité potentielle des systèmes de santé, où que l'on soit. Le SIDIIEF dénonce le quasi-monopole des médecins au sein de plusieurs pays. Celui-ci peut créer un élément de distorsion dans la prestation de soins et de services de santé. Cette situation n'a jamais été analysée pour ce qui est du ratio coût-efficacité. Elle n'incite probablement pas à une utilisation optimale de l'ensemble des effectifs professionnels.

Selon le *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire — Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers* : des pistes pour avancer (France, 2011) (connu sous l'appellation « Rapport Berland »), il est devenu nécessaire, en France, d'aller vers la délégation de tâches, les transferts de compétences et la coopération entre les différents acteurs de santé. Les auteurs de ce rapport estiment qu'il est essentiel pour le système de santé français de mieux répartir les tâches entre les différents acteurs de santé, dont les médecins et les infirmières, afin de répondre aux évolutions actuelles et futures des besoins de santé[84].

En France, les députés ont adopté, le 9 avril 2015, un projet de loi relatif à la santé. L'article 30 crée un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales. Cette mesure est destinée à créer le métier d'infirmier clinicien. Les domaines d'intervention en pratique avancée pourront comporter

---

82 Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). « Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries ». *OECD Health Working Papers*, No 54. Paris : OECD Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

83 Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). « Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries ». *OECD Health Working Papers*, No 54. Paris : OECD Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en, p.76

84 Berland, Y., Cadet, D. et Hénart, L. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 61 p. Repéré à http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et de surveillance clinique et paraclinique; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. Dans l'étude d'impact, le gouvernement précise que l'estimation présentée est « approximative dans la mesure où le modèle de la pratique avancée n'est pas encore défini ». Avec des chiffrages qui concernent la seule profession infirmière, l'impact statutaire dans la fonction publique hospitalière est évalué au plus à 4,3 millions d'euros par an. Mais cela fera « économiser » du temps médical qui permettra en partie de compenser le surcoût, note le gouvernement. Dans le secteur des soins primaires, il n'y aurait pas de surcoûts (hypothèse sur le nombre de consultations et d'actes médicaux qui pourraient être évités grâce à l'inclusion dans le protocole de suivi médical par un infirmier). Le gouvernement précise que le temps médical dégagé pourrait entraîner une augmentation des consultations médicales propres. La création de ces professions entraîne un allongement de deux années des formations des professionnels concernés[85].

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)[86] (2014) a publié une charte pour la collaboration entre les professionnels de la santé afin d'optimiser le traitement des patients, de garantir la prise en charge compte tenu du manque croissant de professionnels de la santé et de soutenir le travail des professionnels de la santé. Ainsi, selon l'article 3 de la charte : « Les différentes tâches dans les processus de prise en charge sont exécutées selon les besoins des patients et de leurs proches et selon les compétences professionnelles nécessaires. » L'objectif d'une telle prise en charge est d'assurer à toute la population un accès équitable à des prestations médicales de bonne qualité, satisfaisantes pour les patients et les collaborateurs et efficientes; elle s'inscrit ainsi dans le concept d'une « médecine durable » axée sur des critères basés sur des preuves, l'éthique et l'économie.

Outre la pratique avancée, la coordination des parcours de soins pour les patients qui souffrent d'une maladie chronique peut se révéler une mesure très porteuse sur le plan des gains d'efficacité. La littérature fournit une multitude d'exemples à cet effet. En 2012, un livre blanc de l'American Nurses Association[87] décrit les bénéfices associés au processus de coordination des soins par une infirmière et démontre leur importance pour fournir des soins de grande qualité, efficaces, efficients et centrés sur le patient. Des gains importants sont constatés lorsque la main-d'œuvre infirmière est placée au centre de la coordination des soins. Antonelli et coll. (2008) évalue les impacts de la coordination des soins par une infirmière à une réduction de 81 % des visites aux services d'urgence et à une réduction de 63 % des visites non nécessaires chez le médecin[88].

[85] Repéré à http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/exercice-pratique-avancee-adopte-deputes.html)
[86] Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). (2014). *Charte de Collaboration entre les professionnels de la santé*. Bâle, Suisse, 8 p.
[87] ANA. (2012). « The Value of Nursing Care Coordination : A white paper of the American Nurses Association », June.
[88] Antonelli, R. C. et coll. (2008). « Care coordination for children and youth with special health care needs: a descriptive, multisite study of activities, personnel costs, and outcomes », *Pediatrics, 122*(1), p. e209-e216.

Au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être notait, dans son rapport de 2009[89], que le médecin de première ligne est utilisé pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes et offre des services que d'autres professionnels seraient habilités à rendre. Il rapporte qu'une revue de la recherche sur la complémentarité médecins-infirmières en services de soins primaires suggère qu'entre 25 % et 70 % du travail entrepris par les médecins généralistes en soins de santé primaires pourraient être transférés aux infirmières[90]. Cette redistribution des rôles professionnels permettrait au médecin de se concentrer davantage sur les cas plus complexes, bonifiant par le fait même l'offre médicale et permettant à l'ensemble des patients d'avoir un meilleur accès aux médecins.

Des initiatives plaçant les infirmières au centre de la coordination des soins ont été mises en place dans quatre Centres de santé et de services sociaux d'une région du Québec, où l'on a instauré la pratique de l'infirmière gestionnaire de cas complexes (IGCC). Une évaluation de cette initiative montre les résultats suivants entre juin 2009 et décembre 2011 : entre 21 % et 44 % moins d'hospitalisations, entre 27 % et 50 % moins d'utilisation des services d'urgence et entre 21 % et 61 % moins de tests de laboratoires et d'imagerie[91].

Sous tous les angles d'analyse, la littérature internationale est abondante en regard de la valeur des infirmières pour améliorer la qualité des soins et pour diminuer les événements indésirables et les hospitalisations. Le développement de la pratique infirmière dite avancée et la coordination des parcours de soins par des infirmières apparaissent comme deux leviers importants de gain de performance. Les gestionnaires qui planifient leurs effectifs à long terme porteront une attention particulière à ces analyses de rendement potentiel.

[89] Commissaire à la santé et au bien-être. (2009). *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, gouvernement du Québec, 136 p.

[90] Richardson, G. et coll. (1998). « Skill mix changes: substitution or service development? ». *Health policy*, *45*(2), p. 119-132. doi: 10.1016/S0168-8510(98)00038-4

[91] OIIQ. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé - Une analyse coûts/bénéfices*, juin. Montréal : OIIQ. 48 p.

2.4. *Autres enjeux à considérer*

Le SIDIIEF considère qu'il doit s'exercer une vigilance par rapport à des stratégies administratives, comme le financement à l'activité, le financement par DRG, GHM* ou *lean management***, surtout lorsqu'elles ne tiennent pas compte des acquis probants en matière d'efficacité et d'efficience des soins infirmiers sur les résultats pour les patients.

Dans une approche de financement forfaitaire par hospitalisation, on peut s'interroger sur la façon dont est estimée la part du soin infirmier. Une estimation erronée ou non conforme aux normes de qualité entraîne une diminution de la contribution infirmière lors de l'hospitalisation et, par conséquent, une réduction d'effectifs.

Les variables d'analyse les plus sensibles aux yeux des décideurs sont celles liées à la diminution des pertes financières ou à la réduction des coûts dans les établissements et sur le terrain. L'impact sur le patient est trop souvent minimisé.

Pour que l'infirmière cesse d'être considérée comme une dépense (ou comme un moyen de réduire les dépenses) et qu'elle soit utilisée comme un levier pour stimuler l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé, on doit pouvoir mesurer sa contribution à la sécurité des patients et à la qualité des soins. Sans définir les éléments de corrélation entre la volumétrie et la qualité des soins, les mécanismes décisionnels derrière la planification des effectifs infirmiers demeurent flous et arbitraires. Comme on ne connaît pas le seuil critique d'adéquation des effectifs, la planification des soins infirmiers a tendance à se faire à l'aveugle et à postériori (sans prospective).

À l'instar des grandes organisations internationales, le SIDIIEF appuie la recherche d'efficacité en santé et la réduction des risques iatrogéniques. Le potentiel de la profession infirmière à contribuer à cette réduction de risques et à l'amélioration du ratio coût-efficacité doit être reconnu par les administrations gouvernementales.

Afin de s'assurer que la qualité des soins infirmiers soit un levier de performance des systèmes de santé, il importe de planifier la ressource infirmière de façon optimale en regard de l'évolution des maladies, des soins et des progrès techniques. Pour l'instant, les analyses les plus prometteuses quant au potentiel de l'expertise infirmière demeurent les études sur les bénéfices cliniques et économiques liés à une meilleure utilisation des infirmières.

Notes : *En France, les groupes homogènes de malades constituent un système de classification médico-économique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

** Le *lean management* est un système d'organisation du travail qui cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer, selon les adeptes de ce système, les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise, d'une unité de production ou d'un service, notamment.

3

Les résultats de soins aux patients : importance de la mesure et de la comparabilité

La notion de performance est loin de faire consensus entre les professionnels de la santé et les gestionnaires d'établissement. Le contexte financier des établissements de santé est complexe. La coexistence des notions de performance liées à l'efficience des établissements (offrir le meilleur soin au meilleur coût possible), à l'efficacité (en rapport aux multiples missions de l'établissement) et à la livraison de soins de qualité se révèle une source de controverses, voire de conflits de vision. Les syndicats infirmiers de tous les pays dénoncent les restrictions budgétaires qui ne permettent pas au personnel infirmier d'exercer sa profession selon les règles de l'art. Selon nos observations, ce discours ne permet pas de conclure à la réelle dangerosité ou, tout au moins, à une objectivation des impacts négatifs, d'où l'intérêt de colliger des données précises, vérifiées par la recherche, et de permettre la création de base de données pour les méthodes mixtes d'analyse et les comparaisons internationales.

Intuitivement, l'infirmière se base surtout sur la satisfaction du patient et sur une longue tradition quant à l'amélioration des compétences et de la qualité des soins dans les milieux cliniques. Toutefois, ces considérations ont peu d'impact sur les décisions d'allocations des ressources. Plus le temps passe et plus il faudra démontrer le potentiel de rendement des investissements en santé.

3.1. Méthodes quantitatives et qualité des soins vont de pair

Par le passé, des associations d'infirmières nationales et internationales et des établissements universitaires ont déployé des efforts considérables pour élaborer une classification de diagnostics infirmiers ou de *nursing outcomes* afin de soutenir une normalisation de la terminologie et une certaine mesure des résultats. Ces efforts ont eu trop peu d'échos sur le plan international et, à notre connaissance, ces classifications provenant de la discipline infirmière ne sont pas utilisées par des États pour établir des politiques de soins. Des bases de données issues de systèmes de mesure de la charge de travail ou des besoins de soins infirmiers (par exemple les systèmes PRN, GRASP ou Medicus)[92] ont suscité de l'intérêt au sein de la profession et ont connu un certain rayonnement dans les années 1980. Or, ces systèmes lourds à utiliser et présentant des biais méthodologiques n'ont pas donné les fruits escomptés[93].

[92] Thibault, C. et coll. (1990). *Les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers.* Montréal : Association des hôpitaux du Québec (AHQ), 216 p.

[93] Hadley, F. et coll. (2004). *Évaluation de l'utilisation, de la conformité et de l'efficacité des outils de mesure de la charge de travail du personnel infirmier.* Repéré à https://cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-fr/workload_measurement_tools_f.pdf?la=fr

De plus, quelques tentatives pour intégrer des données d'intensité de soins infirmiers aux DRG n'ont pas connu davantage de succès. L'intensité des soins infirmiers requis par patient demeure toujours un élément complexe à mesurer et dont les comparaisons s'avèrent difficiles.

Le SIDIIEF a décidé d'apporter un éclairage permettant d'établir des indicateurs prioritaires sensibles à la qualité des soins infirmiers. Pour ce faire, il a commandé une étude à des chercheurs affiliés au Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI)[94] Ainsi, cette étude, intitulée « *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits* », a été menée par une équipe de chercheurs interuniversitaires, sous la responsabilité de Carl-Ardy Dubois, professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Canada).

Cette étude s'inscrit dans une démarche du SIDIIEF visant à constituer les bases factuelles nécessaires pour guider, au niveau de l'espace francophone, des initiatives stratégiques de mesures et d'amélioration de la qualité prenant en compte la contribution des infirmières. Elle avait pour but d'identifier des indicateurs de qualité des soins internationalement reconnus comme sensibles aux soins infirmiers[95]. Cette synthèse des connaissances scientifiques actuelles sur ces indicateurs établit ceux qui doivent être utilisés de façon prioritaire pour mesurer la contribution infirmière et son impact sur les résultats de soins. Ainsi, cette revue systématique des écrits a permis de retenir douze indicateurs prioritaires sensibles à la qualité des soins infirmiers classés en trois catégories : a) Acquisition, déploiement et maintien des ressources, b) Transformation des ressources infirmières en services infirmiers et c) Production de changement dans la condition des patients, comme l'illustre le tableau 4.

[94] Dubois, C. A. et coll. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits.* Montréal : SIDIIEF.

[95] Dubois, C. A. et coll. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits.* Montréal : SIDIIEF.

Tableau 4 : Douze indicateurs prioritaires sensibles à la qualité des soins infirmiers

a) Acquisition, déploiement et maintien des ressources infirmières
Quantité et intensité des ressources
Composition des équipes de soins
Nombre d'heures travaillées en continu
b) Transformation des ressources infirmières en services infirmiers
Interventions infirmières de prévention et de promotion
Gestion des symptômes (douleur et fatigue)
Planification du congé / planification de sortie
c) Production de changement dans la condition des patients
Plaies de pression
Erreurs d'administration de médicaments
Infection urinaire par cathéter
Chutes
Durée de séjour hospitalier
Réadmissions

Tiré de : Dubois, C. A. et coll. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits.* Montréal : SIDIIEF.

L'étude passe également en revue les systèmes de mesure dans divers contextes nationaux. Sept pays et territoire ont été retenus pour cette étude : la Belgique, la France, le Liban, le Québec, la Suisse, le Sénégal et la Tunisie. La collecte des données a également porté sur des systèmes transnationaux de mesure et d'amélioration de la qualité. Les données recueillies témoignent de faibles niveaux d'avancement dans la mise en œuvre des 12 indicateurs ciblés comme prioritaires. Aucun de ces 12 indicateurs n'est implanté dans l'ensemble des sept pays et territoire sélectionnés et ils sont peu considérés du point de vue des grands systèmes de mesure de la qualité des soins à l'échelle internationale. Les chercheurs de l'étude considèrent que la contribution des soins infirmiers à la qualité des soins devrait être un levier décisionnel important dans le cadre de l'élaboration et de la mise en place de politiques visant l'amélioration de la qualité des soins. Ces indicateurs de résultats tirés des meilleures pratiques constituent le point de départ à cette approche quantitative de gestion de la qualité.

Afin de mieux comprendre la manière dont ces indicateurs pourraient trouver leur place dans la création de bases de données nationales et les comparaisons internationales, le SIDIIEF a sollicité l'opinion de Jean-Marie Januel, infirmier, Ph. D., Santé publique et Économie de la santé, membre expert du groupe consultatif sur la qualité et la sécurité *(WHO Topic Advisory Group on Quality and Safety)* dans le cadre de la 11e révision de la classification internationale des maladies à l'OMS.

Cet expert accorde une grande importance à la capacité de générer des indicateurs intelligibles non seulement pour la profession, mais également pour les autres professions et les décideurs. De plus, il importe que ceux-ci s'inscrivent dans des bases de données favorisant les comparaisons interétablissements au plan national et, subséquemment, au plan international[96].

Il appert toutefois que cela comporte une complexité importante :

> *« […] il paraît donc difficile d'établir des comparaisons fiables et valides de ces indicateurs mesurés à partir de données susceptibles d'être structurellement différentes au niveau international. […] Il faut que les bases de données utilisées pour le développement des indicateurs présentent les critères d'une même structure et d'une même taxonomie/terminologie entre les différents pays. Il est aussi nécessaire que ces bases de données permettent de montrer certains facteurs qui interviennent potentiellement pour expliquer une partie de la variabilité de la mesure des indicateurs entre les pays, en lien avec des différences de pratiques et/ou d'organisation des systèmes de santé[97]. »*

On comprend qu'un consensus au sein de la profession doit se dégager sur la méthode de collecte de données à partir d'une terminologie et d'une codification normalisées. Les travaux de l'*International Classification for Nursing Practice* (ICNP), soutenus par le CII qui s'appuient maintenant sur la taxonomie SNOMED*, permettent d'envisager positivement l'intégration de la profession infirmière aux travaux de la CIM et son soutien au développement d'indicateurs de qualité ou de sécurité dans les bases de données issues de la CIM.

Note : * SNOMED[98] est une norme terminologique reconnue sur le plan international sur les renseignements cliniques pertinents. Elle est utilisée dans plus de 50 pays.

96 Januel, J. M. (2015). *De l'intérêt de parler un même langage afin d'atteindre la reconnaissance des soins infirmiers dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins*. SIDIIEF : Montréal. Repéré à http://www.sidiief.org

97 Idem

98 Repéré à https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/guides-cahiers-de-travail/84-fiche-d-information-sur-snomed-ct?Itemid=101

3.2. La création d'une base de données internationale sur la qualité des soins infirmiers

Les six indicateurs identifiés dans l'étude de Dubois (2015) dans la catégorie « production de changement dans la condition des patients » sont ceux offrant les meilleures perspectives de comparabilité internationale. En effet, seuls ceux qui concernent des résultats de soins relatifs à la sécurité des patients peuvent véritablement prétendre soutenir des comparaisons à l'échelle internationale, notamment parce qu'ils peuvent faire l'objet d'une définition normalisée applicable dans tous les pays et sont ainsi facilement codifiables. Les six autres indicateurs présentent toutefois un intérêt professionnel et managérial sur les plans local et national.

Ainsi, les six indicateurs que l'on peut associer aux résultats de soins pourraient être produits à partir des bases de données dites « médico-administratives » utilisées pour enregistrer, de manière normalisée et exhaustive, une série de données concernant les séjours des patients hospitalisés à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM)[99]. En effet, toutes les données codifiées par un hôpital lors de la sortie d'un patient hospitalisé sont versées dans une base de données nationale et permettent de générer des statistiques médico-administratives et épidémiologiques, comme le taux de mortalité. Le noyau dur de ces bases de données est la Classification internationale des maladies (CIM), puisque tout patient hospitalisé a eu un ou plusieurs diagnostics et traitements. Ainsi, à l'heure actuelle, les données concernant les résultats de soins reposent sur le codage de la lettre de sortie d'hospitalisation.

Rappelons que la CIM est une nomenclature internationale — mise à jour périodiquement par l'OMS depuis 1946 après le transfert de la nomenclature internationale des maladies et des causes de décès et d'incapacité au travail — qui repose sur une liste de codes diagnostiques accompagnés de règles précises de codage. La CIM est utilisée dans la plupart des pays membres de l'OMS. De plus, la 11[e] révision en cours repose sur la participation active des différents utilisateurs potentiels[100]. La qualité des soins et la sécurité des patients représentent des éléments centraux de cette révision[101].

---

99 Repéré à http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/

100 Idem

101 Ghali, W. A. et coll. (2013). « ICD-11 for quality and safety : overview of the WHO Quality and Safety Topic Advisory Group ». International journal for quality in health care : journal of the International Society for *Quality in Health Care / ISQua, 25*(6), p. 621-25. doi: http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt074

Selon Januel (2015), greffer à la CIM des indicateurs de résultats de soins sensibles à la qualité des soins infirmiers devrait être envisagé par la profession infirmière pour plusieurs raisons[102] :

- la CIM est la nomenclature internationale la plus largement utilisée dans le monde aujourd'hui pour coder des données de mortalité et de morbidité à partir de données de routine collectées pour les séjours d'hospitalisation[103,104];
- les données codées selon les codes fournis par la CIM visent à être utilisées pour établir des statistiques et des portraits épidémiologiques concernant la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation, la recherche, les soins primaires, la prévention et le traitement[105];
- cette classification est nettement destinée à être utilisée par l'ensemble des intervenants et des partenaires de la santé (médecins, infirmières, autres professionnels des soins de santé, chercheurs, gestionnaires et informaticiens du domaine de l'information sanitaire, responsables du codage, responsables politiques, assureurs et patients)[106].
- la 11e révision de la CIM en cours d'élaboration au moyen d'un processus novateur basé sur la collaboration interdisciplinaire est une occasion unique sans précédent[107].

Pour la première fois, l'OMS appelle les experts et utilisateurs de la CIM à participer au processus de révision par l'intermédiaire d'une plateforme commune. Le résultat sera une classification reposant sur les contributions et les besoins de tous les utilisateurs potentiels. Le SIDIIEF, étant informé de cette possibilité, estime qu'il est nécessaire de rallier les différentes tendances au sein de la profession autour de cet objectif ambitieux. En effet, l'occasion qu'offre l'OMS de participer aux travaux de révision de la CIM ouvre la possibilité d'intégrer la profession infirmière au cadre des politiques internationales concernant la qualité des soins en enrichissant la base de données de sortie de l'hôpital des données qui sont sensibles aux résultats de soins.

Les indicateurs de la sécurité des soins (*Patient Safety Indicators* [PSI]), utilisés, entre autres, dans les statistiques de l'OCDE, mesurent la survenue d'événements indésirables liés aux soins en milieu hospitalier en utilisant les données codées selon la CIM. L'enjeu est majeur puisque les données de la CIM donnent accès à l'ensemble des séjours d'hospitalisation (données exhaustives) et non plus à un échantillon, comme c'est le cas des études ad hoc, ainsi qu'à une information à priori normalisée (absence de biais de mesure, idéalement)[108].

[102] Riley, P. L., Zuber, A., Vindigni, S. M., Gupta, N., Verani, A., Sunderland, N. L., [...] et Campbell, J. (2012). « Information systems on human resources for health: a global review ». *Hum Resour Health, 10*(7), 10-1186. doi: 10.1186/1478-4491-10-7.

[103] Repéré à http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/

[104] OCDE. (2013). « Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges ». *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en

[105] Repéré à http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/

[106] Repéré à http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/

[107] Idem

[108] Januel, J. M. (2011). *Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières*. Rapport final. Serie Sources et Méthodes–Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (20). Repéré à www.sofgres.org/serieetud93.pdf

Dans ce contexte, le SIDIIEF estime que la profession infirmière a tout avantage à pouvoir utiliser pour ses recherches des bases de données reconnues, mais aussi générées par la sortie de l'hospitalisation dans tous les pays.

Un des indicateurs reconnus et identifiés par l'étude de Dubois (2015) en regard des résultats de soins est le taux de plaies de pression. Or, l'ulcère de décubitus et des zones de pression reçoit le code L89 (dans la CIM-10), avec une déclinaison en fonction du score de Baden (du 1er au 4e degré) en L89.0, L89.1, L89.2 et L89.3), et L89.9 si le degré n'est pas précisé. Les PSI sont générés à partir de la base de données de la CIM pour les événements indésirables associés à des codes diagnostiques pour l'ensemble des hospitalisations. Ainsi, on peut obtenir un taux de prévalence de ces événements. La profession infirmière est grandement intéressée par ces statistiques qui lui permettraient d'interagir avec les administrations sanitaires nationales et les autres professions et, surtout, d'obtenir des comparaisons internationales fort éclairantes.

Selon Januel, la 11e révision de la CIM est bien plus qu'une simple révision des codes. C'est toute sa structure et son mode d'utilisation qui seront revus. Cette révision permettra d'ajouter des éléments des soins infirmiers qui mettront en évidence des liens entre les trois facteurs qui permettent de caractériser la survenue d'événements associés aux soins : 1) la mesure d'un dommage ou d'un préjudice (c'est-à-dire le résultant de l'événement ou le résultat, par exemple, de l'infection nosocomiale); 2) la détermination de la cause du préjudice ou de la blessure; et 3) la mise en évidence du mode ou du mécanisme entre la cause et le dommage ou la blessure. En outre, quatre catégories ont été créées pour définir les sources d'événements : les événements liés 1) aux substances; 2) aux procédures; 3) aux dispositifs; et 4) à d'autres aspects des soins.

La participation active de la profession infirmière à cette révision permettrait d'améliorer « la performance métrologique » des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients développés à partir de cette nomenclature.

Le SIDIIEF entend poursuivre ses efforts et soutenir l'intérêt de ses membres pour la création de bases de données sur les résultats de soins. La profession doit pouvoir analyser les statistiques sanitaires macroscopiques et faire des représentations conséquentes sur la qualité des soins et la sécurité des patients, tant au niveau national qu'international.

Après la révision de la CIM, il faudra s'assurer que la codification des indicateurs sensibles à la qualité des soins infirmiers se déploie dans chaque pays. Cela exigera que les institutions nationales et les établissements de santé adhèrent à ces changements et modifient leurs paramètres d'analyse pour tenir compte de la composante infirmière. L'OMS et l'OCDE devraient faire les pressions nécessaires à cet effet.

Le SIDIIEF estime que la CIM devrait être l'outil privilégié pour le développement d'indicateurs de résultats de soins. L'analyse de la qualité des soins ne peut se faire en silo professionnel. L'intérêt des pays à enrichir leurs bases de données issues de la codification à la sortie de l'hospitalisation basées sur la CIM se révèle une occasion d'y intégrer des données sensibles à la pratique infirmière.

Le SIDIIEF souligne l'importance que la 11e révision de la CIM puisse bénéficier du soutien politique et scientifique de la profession infirmière. Le SIDIIEF entend interpeller l'OMS et le CII pour que la révision en cours puisse constituer le point de départ du développement de bases de données statistiques nationales et internationales d'indicateurs sensibles à la qualité des soins infirmiers.

4

Position du SIDIIEF à l'égard de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Dans un contexte universel de contrôle des coûts des services de santé, le SIDIIEF estime que la recherche de performance et la qualité des soins devraient être des objectifs convergents. Le poids économique de la non-qualité est d'ailleurs maintenant reconnu par l'OMS. La profession infirmière estime être trop souvent la cible de restrictions budgétaires qui peuvent s'avérer préjudiciables pour les personnes soignées. Le SIDIIEF juge nécessaire d'établir la contribution de la profession infirmière à la performance des systèmes de soins de santé, notamment en mettant en relief la valeur économique d'une pratique infirmière de qualité.

Par sa position de chef de file, le SIDIIEF a la responsabilité d'éclairer la communauté internationale francophone des infirmières et infirmiers sur des enjeux aussi critiques que la qualité des soins et la sécurité des patients et de mobiliser la profession dans des pistes d'action prometteuses.

Le SIDIIEF adhère aux déclarations des organisations internationales à savoir que la recherche d'une meilleure sécurité des patients et d'une meilleure qualité des soins est une priorité dans tous les États.

À cette fin,

1. Le SIDIIEF invite les États à transformer leurs systèmes de santé et à chercher un meilleur ratio coût-efficacité en s'appuyant sur la meilleure utilisation possible des effectifs infirmiers.

1.1 Le SIDIIEF encourage le développement de la recherche en sciences infirmières qui peut largement contribuer à l'élaboration et à la validation des meilleures pratiques de soins;

1.2 Le SIDIIEF dénonce le fait qu'une utilisation non optimale de la profession infirmière peut engendrer des événements indésirables et des coûts importants aux systèmes de santé;

1.3 Le SIDIIEF soutient que le développement de rôles infirmiers avancés et la coordination des parcours de soins par les infirmières et infirmiers constituent des solutions de choix pour améliorer le ratio coût-efficacité des budgets sanitaires des États;

1.4 LE SIDIIEF, à l'instar d'organismes comme l'OCDE et l'OMS, rappelle que les pays les plus performants sur le plan de la qualité et de l'efficacité des soins n'ont pas hésité à élargir les rôles professionnels infirmiers dans un nouveau partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières;

1.5 Le SIDIIEF estime qu'il est essentiel, dans toute démarche d'amélioration de la qualité des soins au profit des patients à l'échelle nationale, de maintenir les efforts pour le développement et le renouvellement des pratiques de soins, de s'assurer du niveau de formation adéquat des infirmières et des infirmiers et de se doter d'un cadre réglementaire de protection du public, dont l'adoption d'un code de déontologie pour la profession infirmière. Ces éléments sont importants dans tous les pays de la francophonie;

1.6 Le SIDIIEF s'oppose à ce que les effectifs infirmiers fassent l'objet de restrictions budgétaires sans que l'impact de ces réductions de personnel soit analysé du point de vue de la sécurité des patients, de la qualité des soins et de l'efficacité à long terme du système de santé;

1.7 Le SIDIIEF affirme que les soins infirmiers devraient être considérés non plus comme un poste budgétaire de dépenses, mais plutôt comme un facteur positif à long terme, essentiel pour remodeler les systèmes de santé;

1.8 Le SIDIIEF considère que la planification des effectifs infirmiers (volumétrie) doit s'appuyer sur des indicateurs de qualité et d'autres impacts sur les patients.

2. Le SIDIIEF invite les États et les organisations internationales à poursuivre leurs efforts pour aider les pays africains à investir en santé publique et dans leurs systèmes de soins.

2.1 Le SIDIIEF demande que la consolidation des structures sanitaires en Afrique francophone s'appuie sur des investissements importants en formation universitaire des infirmières et des infirmiers, et ce, en nombre suffisant;

2.2 Le SIDIIEF demande à ce que le rôle de l'infirmière et de l'infirmier dans les soins de santé primaires soit reconnu et consolidé.

3. Le SIDIIEF invite les leaders de la profession à accroître leur intérêt pour des méthodes quantitatives destinées à mesurer les résultats de soins.

3.1 Le SIDIIEF invite les syndicats et autres regroupements professionnels infirmiers à promouvoir et à revendiquer le développement d'indicateurs de résultats de soins au niveau national;

3.2 Le SIDIIEF juge important que la profession infirmière établisse et maintienne des partenariats avec des organismes préoccupés par la sécurité des patients et la qualité des soins;

3.3 Le SIDIIEF considère que la profession doit s'approprier davantage les bases de données internationales utilisées par les pays ainsi que les rapports comparatifs entre les pays, notamment ceux de l'OCDE. La profession infirmière doit analyser et critiquer le rapport annuel de statistiques sanitaires de l'OCDE et prendre position à ce sujet;

3.4 Le SIDIIEF considère essentiel que la profession infirmière influe sur les politiques de santé. À cette fin, les programmes de formation en sciences infirmières et les établissements qui les offrent doivent inclure l'analyse des indicateurs macrosystémiques;

3.5 Le SIDIIEF est favorable à la divulgation publique des informations quant à la non-sécurité des patients et à la prévalence des événements indésirables liés à la pratique de tous les professionnels de la santé, incluant les médecins.

4. Le SIDIIEF demande aux États que la Classification internationale des maladies (CIM) soit l'outil privilégié pour le développement d'indicateurs de résultats de soins. La 11e révision de la CIM par l'OMS constitue une occasion unique pour la profession infirmière de s'intégrer à des travaux reconnus internationalement par les administrations sanitaires de tous les pays.

4.1 Le SIDIIEF interpelle l'OMS et le CII pour que la révision en cours constitue le point de départ de la création de bases de données statistiques nationales et internationales d'indicateurs sensibles à la qualité des soins infirmiers;

4.2 Le SIDIIEF considère que les indicateurs sensibles à la qualité des soins infirmiers qui ont été identifiés comme pouvant produire des changements dans la condition des patients selon l'étude de Dubois (2015) sont ceux offrant les meilleures perspectives de comparabilité internationale et devraient être intégrés aux statistiques nationales et internationales;

4.3 Le SIDIIEF demande que six indicateurs sensibles à la qualité des soins infirmiers soient retenus prioritairement pour l'intégration aux *Patient Safety Indicators* de la CIM :

- Plaies de pression
- Erreurs d'administration de médicaments
- Infection urinaire par cathéter
- Chutes
- Durée de séjour hospitalier
- Réadmissions;

4.4 Le SIDIIEF invite les services infirmiers locaux et nationaux à intégrer à leur pratique les indicateurs identifiés dans l'étude intitulée *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits*[109] dans un but d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

[109] Dubois, C. A. et coll. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits*. Montréal : SIDIIEF.

5

Bibliographie

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). (2014). *Charte de Collaboration entre les professionnels de la santé*. Bâle, Suisse, 8 p.

Actions-Santé. (2013). *Évaluation du programme. Retombées observées.*

Aiken, L. H. (2005). « Extending the Magnet concept to developing and transition countries ». *Reflections on Nursing leadership, 31*(1), p. 16-18.

Aiken, L. H. (2008). « Economics of nursing ». *Policy, politics, nursing practice, 9*(2), p. 73-79.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B. et Sloane, D. M. (2003). « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality ». *JAMA, 290*, p. 1617-23.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. et Cheney, T. (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes ». *JONA, 38*(5), p. 223-229.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K, Griffiths, P., Busse, R. […] et Sermeus, W. (2014). « Nurses staffing education and hospitals mortality in nine European countries : a retrospective observationnal study ». *The Lancet, 383*(9931), p. 1824-30. Repéré à http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)

Amalberti, R. (2012). *Sécurité des patients : mieux connaître et réduire les risques, Haute Autorité de santé*; adap. 79; juin.

American Nurses Association (ANA). (2012). « The Nurse's Essential Role in Care Coordination ».

American Nurses Association (ANA). (2012). « The Value of Nursing Care Coordination : A white paper of the American nurses association ». June. Repéré à http://www.nursingworld.org/carecoordinationwhitepaper

Antonelli, R. C., Stille, C. J., et Antonelli, D. M. (2008). « Care coordination for children and youth with special health care needs : a descriptive, multisite study of activities, personnel costs, and outcomes ». *Pediatrics, 122*(1), p. e209-e216.

Bartunek, J. M. (2011). « Intergroup relationships and quality improvement in healthcare ». *BMJ quality&safety, 20* Suppl 1: p. 62-66.

Berland, Y., Cadet, D. et Hénart, L. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. 61 p. Repéré à http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

Blegen, M. A., Goode, C. J., Park S. H., Vaughn T. et Spetz J. (2013). « Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes ». *JONA, 43*(2), February, p. 89-94.

Burns, M. (2013). « Study : Nurse practitioners role in patience adherence intensifies ». Repéré à http://www.drugs.com/news/study-nurse-practitioners-role-patience-adherence-intensifies-47465.html

Canadian Nurses Association (CNA). (2013). « Registered nurses : stepping up to transform health care ». September.

Carinci F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E., Januel, J. M., Arispe, I., Kim S. M., Klazinga, N.S., on Behalf of the OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). « Toward actionable international comparisons of health system performance : expert revision of the OECD framework and quality indicators ». *International Journal For Quality In Health. Apr;27*(2),: 137-46. doi: dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv004

Chesla, C. A. (2008). « Translational research: essential contributions from interpretive nursing science ». *Research in nursing & health, 31*(4), p. 381-390. doi: 10.1002/nur.20267

Chiffi, D. et Zanotti, R. (2014). « Medical and nursing diagnoses: a critical comparison ». *J EvalClinPract,* May 12, DOI: 10.1111/jep.12146. [Epub ahead of print].

Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H. et Smith, D. G. (2003). « The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs ». *Nursing Research*, 52, p. 71-79.

Chute, C. G., Cohn, S. P., Campbell, K.E., Oliver, D. E. et Campbell, J.R. (1996). « The content coverage of clinical classifications. For The Computer-Based Patient Record Institute›s Work Group on Codes & Structures », *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA, 3*(3), p. 224-233. doi: dx.doi.org/10.1136/jamia.1996.96310636

Coenen, A. (2003). « The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme: Advancing a Unifying Framework for Nursing ». *Online Journal of Issues in Nursing, 8*(2). Repéré à http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No2May2003/ArticlesPreviousTopics/TheInternationalClassificationforNursingPractice.aspx

Commissaire à la santé et au bien-être. (2009). *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, gouvernement du Québec. 136 p.

Conseil international des infirmières (CII). (2001). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2004). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2007). *Les infirmières et les soins de santé primaires*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2010). « Global issues and trends in nursing education ». Genève : CII.

Cootauco, M. B. (2008). « Nurse led rapid diagnosis and management of TB », *Nursing Times, 104*(32), p. 28-29. Repéré à http://www.nursingtimes.net/nurse-led-rapid-diagnosis-and-management-of-tb/1794335.article

Curley, M. A. et Hickey, P. A. (2006). « The Nightingale Metrics: Nurses at one institution improved outcomes by putting patients 'in the best condition for nature to act.' ». *The American journal of nursing, 106*(10), p. 66-70.

Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J. et Hogan, P. F. (2009). « *The Economic Value of Professional Nursing* ». *Med Care, Jan, 47*(1), p. 97-104. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181844da8

Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). « Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries ». *OECD Health Working Papers, No 54*. Paris : OECD Publishing. doi: dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Diallo, K., Zurn, P., Gupta, N. et Dal Poz, M. (2003). « Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective ». *Human resources for health, 1*(1), p. 3. doi: 10.1186/1478-4491-1-3

Donabedian, A. (1966). « Evaluating the quality of medical care ». *The Milbank Memorial Fund quarterly, 44*(3), Pt. 2, p. 166-203.

Donabedian, A. (1988). « The quality of care. How can it be assessed ? ». JAMA, 260, p. 1743-48. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033.

Dubois, C. A. et McKee, M. (2006). « Cross-national comparisons of human resources for health - what can we learn? ». *Health Economics, policy and law, 1*(Pt 1), p. 59-78. doi: dx.doi.org/10.1017/S1744133105001027

Dubois, C. A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., […] et Zufferey, A. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins* : revue systématique des écrits. SIDIIEF : Montréal.

Dubois, C. A., Dallaire, C., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Pépin, J., Brault, I., […] et Denis, J.-L. (2013). *Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé - Une étude comparative*. Rapport détaillé. Rapport soumis au Ministère de la santé et des services sociaux.

Duclos, J. Y. (2013). *Les dépenses en santé : un enjeu de long terme.* Repéré à : http://blogue.economistesquebecois.com/2013/12/10/les-depenses-en-sante-un-enjeu-de-long-terme/

Durand, S. Brodeur, J. et Thibault, C. (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (2e édition)*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). 24 p.

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements antiinfectieux en établissements de santé, mai-juin 2012. Résultats. Une enquête du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin), mise en œuvre par les établissements de santé et les Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CClin) et coordonnée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L. et Giovanetti, P. (2005). « The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality ». *Nursing Research, 54*(2), p. 74-84.

Falk Rafael, A. (2005). « Speaking Thruth to Power: Nursing's legacy and Moral Imperative ». *Advances in Nursing Science, 28*(3), p. 212-223.

Fewster-Thuente, L. et Velsor-Friedrich, B. (2008). « Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals ». *Nurs Admin Q, 32*(1), p. 40-48. doi: 10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61

Fitzpatrick, J. J., Kerr, M. E., Saba V. K., Hoskins, L. M., Hurley, M. E., Mills, W. C., […] et Carpenito, L. J. (1989). « Nursing Diagnostics: Translating nursing diagnosis into ICD code ». *The American Journal of Nursing, 89*(4), p. 493-495.

Formation infirmière et changements identitaires. Soins. 2013. N° 772.

Garde, S., Harrison, D. et Hovenga E. (2005). « Skill needs for nurses in their role as health informatics professionals: a survey in the context of global health informatics education ». *International journal of medical informatics, 74*(11-12), p. 899-907. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2005.07.008

Garnerin, P., Bovier, P., Chamot, E., Chastonay, P., Chopard, P., Herrmann, F. et Perneger, T. (2001). « Qualité des soins ». *Politique, économie et droit (Bulletin des médecins suisses), 82*, p. 2020-24.

Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H. et Schlaudecker, J. (2015). « Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction ». *J MultidiscipHealthc, 8*, p. 33-37. doi: 10.2147/JMDH.S72623

Ghali, W. A., Pincus, H. A., Southern, D. A., Brien, S. E., Romano, P. S., Burnand, B., […] et Üstün, T. B. (2013). « ICD-11 for quality and safety : overview of the WHO Quality and Safety Topic Advisory Group ». International journal for quality in health care : journal of the International Society for *Quality in Health Care / ISQua*, 25(6), p. 621-25. doi: dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt074

Gupta, N. et Dal Poz, M. R. (2009). « Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries ». *Human resources for health, 7*:22. doi: 10.1186/1478-4491-7-22

Hadley, F., Graham, K. et Flannery, M. (2004). *Évaluation de l'utilisation, de la conformité et de l'efficacité des outils de mesure de la charge de travail du personnel infirmier*. Repéré à https://cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-fr/workload_measurement_tools_f.pdf?la=fr

Hall, B., Hamilton, B. H., Richards, K., Bilimoria, K. Y., Cohen, M. E. et Ko, C. Y. (2009). « Does Surgical Quality Improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program ». *Annals of Surgery, 205*(3), p. 363-376; September. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181b4148f

Hogston, R. (1997). « Nursing diagnosis and classification systems : a position paper ». *Journal of advanced nursing, 26*(3), p. 496-500. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-8-00999.x

Hughes, R. G. (2008). « Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses ». (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March.

Hyland, P., Davison, G. et Sloan, T. (2003). « Linking team competences to organisational capacities in health care ». *Journal of health organization and management, 17*(3), p. 150-163. doi: dx.doi.org/10.1108/14777260310480712

Institute of Medicine (IOM). (2001).« Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century ». Washington, D.C.: National Academy Press.

Januel, J. M. (2011). *Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières*. Rapport final. Serie Sources et Méthodes–Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (20). Repéré à www.sofgres.org/serieetud93.pdf

Januel, J. M. (2015). *De l'intérêt de parler un même langage afin d'atteindre la reconnaissance des soins infirmiers dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins*. SIDIIEF : Montréal. Repéré à http://www.sidiief.org.

Januel, J. M. et coll. (2009). *Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir de la base de données médico-administratives hospitalières : évaluation et validation d'une sélection d'indicateurs*. DREES, Ministère de la Santé, France, Juillet. Repéré à www.sofgres.org/serieetud93.pdf

Januel, J. M., Couris, C. M., Luthi, J. C. et coll. (2011). [ICD-10 adaptation of 15 Agency for Healthcare Research and Quality patient safety indicators]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 59*(5), p. 341-350.

Karoly, L. A., Kilburn, M. R. et Cannon, J. S. (2005). « Early Childhood Interventions - Proven Results, Future Promise », *RAND Corporation*, 200 p. Repéré à http://www.rand.org/pubs/monographs/MG341.html

Kim, T. Y. et Coenen A. (2011). « Toward harmonising WHO International Classifications : a nursing perspective ». *Informatics for health & social care, 36*(1), p. 35-49.

Kingston, M., Evans, S., Smith, B. et Berry, J. (2004). « Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis ». *Medical Journal of Australia, 181*(1), p. 36-39. doi: 10.3109/17538157.2010.534213

Kurtzman, E. T. et Corrigan, J. M. (2007). « Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes ». *Policy, Politics & Nursing Practice, 8*(1), p. 20-36. doi: 10.1177/1527154407302115

Lecocq, D. (2014). *Renforcer et rendre visible la contribution des infirmières à la qualité des soins dans l'espace francophone: vers une démarche axée sur les meilleures preuves scientifiques: Revue des systèmes nationaux de mesure de la qualité dans 6 pays francophones: la situation en Belgique*. Étude réalisée par le CENTRE FERASI, consortium interuniversitaire, opérant à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Canada).

Leprohon, J. (2000). *Vers une culture d'amélioration continue : l'univers de l'évaluation de la qualité*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Direction de la qualité de l'exercice, 16 p.

Manga, P. et Campbell, T. (1994). « Health human resources substitution: a major area of reform. Towards a more cost-effective health care system ». Queen's–University of Ottawa Economics project. Monograph 94-01. Ottawa: University of Ottawa.

Manojlovich, M. (2010). « Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety ». *Medical care, 48*(11), p. 941-946. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181eb31bd

Manser, T. (2009). « Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature ». *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53*(2), p. 143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Martin, D. R., O'Brien, J. L., Heyworth, J. A. et Meyer, N. R. (2008). « Point counterpoint: the function of contradictions on an interdisciplinary health care team ». *Qualitative health research, 18*(3), p. 369-379. doi: 10.1177/1049732307311119

McDonald, K. M., Romano, P. S., Geppert, J., Davies, S. M., Duncan, B. W., Shojania, K. G. et Hansen, A. (2002). « Measures of patient safety based on hospital administrative data-the patient safety indicators ». Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.

Morgan, D. et Astolfi, R. (2013), « Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? », OECD Health Working Papers, No. 60, OECD Publishing. p. 158

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. et van Achterberg, T. (2007). « Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEFP ». *International journal of nursing studies, 44*(5), p. 702-713. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). « Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals ». *New England Journal of Medicine, 346*(22), p. 1715-22. doi: 10.1056/NEJMsa012247

O'Brien, J. L., Martin, D. R., Heyworth, J. et Meyer, N. R. (2008). « Negotiating transformational leadership: A key to effective collaboration ». *Nursing & health sciences, 10*(2), p. 137-143. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00381.x

Olshansky, E. (2010). « In celebration of Florence Nightingale: 2010 as the year of the nurse ». *Journal of Professional Nursing, 26*(4), p. 197. doi: dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.06.001

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé - Une analyse coûts/bénéfices*, juin, 48 p.

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE) - Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2003). VIII : I*nvestir dans la santé pour faire reculer la pauvreté. Revue de l'OCDE sur le développement* 1/2003 (no 4), p. 185-201. Repéré à http://www.cairn.info/revue-de-l-ocde-sur-le-developpement-2003-1-page-185.htm

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé* – Vers des systèmes de santé plus performants, p. 12.

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé* – Vers des systèmes de santé plus performants, Résumé.

Organisation de Coopération et Développement Économiques. (2008). Les personnels de la santé dans les pays de l'OCDE: comment répondre à la crise imminente. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questionssociales/9789264050778]; 16.07.2010

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE) - Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale*. Repéré à http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/44786070.pdf

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2010). Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé, OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, no 2.

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2010). *Optimiser les dépenses de santé : Études de l'OCDE sur les politiques de santé de l'OCDE*.

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2011). *Améliorer la performance des soins de santé : Comment mesurer leur qualité*. Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OECD Publishing, Paris. doi: dx.doi.org/10.1787/9789264094840-fr

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. doi : dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2013). *Quel avenir pour les dépenses de santé ?*. OCDE, Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n° 19, juin.

Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2013). « Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges ». *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris. doi: dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant.*

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) — Alliance mondiale pour la sécurité des patients. (2005). *Défi mondial pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.

Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). (2008). *Plan stratégique de développement 2009-2013.*

Öztekin, D. S., Akyolcu, N., Öztekin, I., Kanan, N. et Göksel, O. (2008). « Comparison of complications and procedural activities of pulmonary artery catheter removal by critical care nurses versus medical doctors ». *Nursing in critical care, 13*(2), p. 105-115. doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00266.x

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Acaroglu, R., DA, L., Antunes, M. D., Berg, A., […] et Suhonen, R. (2012). « A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment ». *Journal of nursing management, 20*(2), p. 236-248. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01289.x

Pearson, A. (2003). « Multidisciplinary nursing: re-thinking role boundaries ». *Journal of Clinical Nursing, 12*(5), p. 625-629. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00794.x

Petri, L. (2010). « Concept analysis of interdisciplinary collaboration ». *In Nursing forum,45*(2), p. 73-82. Blackwell Publishing Inc. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x

Pringle, D. (2004). « Dot : From the editor-in-chief. Quality goes beyond safety : shifting shifts ». *Nursing leadership, 17*(3), p. 1-4.

*Renforcer et rendre visible la contribution des infirmières à la qualité des soins dans l'espace francophone : vers une démarche axée sur les meilleures preuves scientifique*s; septembre 2014; Montréal.

Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013. 181 p.

Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. et Kindig, D. (1998). « Skill mix changes: substitution or service development? ». *Health policy, 45*(2), p. 119-132. doi: 10.1016/S0168-8510(98)00038-4

Richesson, R. L. et Krischer, J. (2007). « Data standards in clinical research: gaps, overlaps, challenges and future directions ». *Journal of the American Medical Informatics Association, 14*(6), p. 687-696. doi: dx.doi.org/10.1197/jamia.M2470

Riley, P. L., Zuber, A., Vindigni, S. M., Gupta, N., Verani, A., Sunderland, N. L., [...] et Campbell, J. (2012). « Information systems on human resources for health: a global review ». *Hum Resour Health, 10*(7), 10-1186. doi: 10.1186/1478-4491-10-7

Rowin, E. J., Lucier, D., Pauker, S. G., Kumar, S., Chen, J. et Salem, D. N. (2008). « Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? ». *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 34*(9), p. 537-545.

Rutherford M. (2008). « Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? ». *The Online Journal of Issues in Nursing. 2008; 13*(1) : 11 p. Repéré à http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html#ANA06

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers - Une réponse aux défis des systèmes de santé.* Montréal : SIDIIEF. 52 p.

Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., [...] et Zikos, D. (2011). « Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology ». *BMC nursing, 10*(1), 6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6

Simpson, R. L. (2008). « Caring communications: How technology enhances interpersonal relations, part I ». *Nursing administration quarterly, 32*(1), 70-73. doi: 10.1097/01.NAQ.0000305950.54063.76

Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. et Liaw, S. Y. (2013). « Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review ». *International nursing review, 60*(3), 291-302. doi: 10.1111/inr.12034

Thibault, C., David, N., O'Brien-Palace, L. L., Vinet, A et Desrosiers, G. (1990). *Les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers*. Montréal : Association des hôpitaux du Québec (AHQ), 216 p.

Thomas, L. et Galla, C. (2013). « Building a culture of safety through team training and engagement ». *BMJ QualSaf, 22*(5), p. 425-434.

Thomas, M. et Hynes, C. (2009). « The times they are a changin ». *Journal of nursing management, 17*(5), p. 523-531.

Thoroddsen, A., Ehrenberg, A., Sermeus, W. et Saranto, K. (2012). « A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries ». In NI 2012: *Proceedings of the 11th International Congress on Nursing Informatics* (Vol. 2012). American Medical Informatics Association.

Thoroddsen, A., Saranto, K., Ehrenberg, A. et Sermeus, W. (2009). « Models, standards and structures of nursing documentation in European countries ». *In Nursing Informatics*, p. 327-331. doi: 10.3233/978-1-60750-024-7-327

Thunjaroenkul, P., Cummings, G. G. et Embleton A. (2009). « Costs Associated with Increased RN staffing in Acute-Care Hospitals : Simulation Exercise ». *Nursing Economics, 27*(5), p. 302-14.

Tourangeau, A. E., Doran, D. M., Hall, L. M., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V. et Cranley, L. A. (2007). « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients ». *Journal of advanced nursing, 57*(1), p. 32-44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x

Turbide, S. (2012). *La sous-utilisation des infirmières coute cher.* Le Progrès-Dimanche, 6 mai, p. 28-29.

Unruh, L. (2003). « Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals ». *Medical care, 41*(1), 142-152.

Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostansjek, N., et Bickenbach, J. (2003). « WHO›s ICF and functional status information in health records ». *Health care financing review, 24*(3), p. 77.

Van den Heede, K., Simoens, S., Diya, L., Lesaffre, E., Vleugels, A. et Sermeus, W. (2010). « Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? ». *Journal of advanced nursing, 66*(6), p. 1291-96. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05307.x

Vanhook, P. M. (2007). « Cost-utility analysis: a method of quantifying the value of registered nurses ». *Online Journal of Issues in Nursing, 12*(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man05

Westra, B. L., Delaney, C. W., Konicek, D. et Keenan, G. (2008). « Nursing standards to support the electronic health record ». *Nursing outlook, 56*(5), p. 258-266. doi: 10.1016/j.outlook.2008.06.005

Wilson, B., Bekker, H. L. et Fylan, F. (2008). « Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting ». *Quality and Safety in Health Care, 17*(5), p. 364-367. doi: 10.1136/qshc.2006.021691

Zhan, C. et Miller, M. R. (2003). « Administrative data based patient safety research: a critical review ». *Quality and Safety in Health Care, 12*(suppl 2), p. ii58-ii63. doi: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii58

Zrelak, P. A., Utter, G. H., Sadeghi, B., Cuny, J., Baron, R. et Romano, P. S. (2012). « Using the Agency for Healthcare Research and Quality patient safety indicators for targeting nursing quality improvement ». *Journal of nursing care quality, 27*(2), p. 99-108. doi: 10.1097/NCQ.0b013e318237e0e3

Pages Web / Documents sur Internet

http://51955210.swh.strato-hosting.eu/wp_anfiide/international/cii-conseil-international-des-infirmieres/

http://cclinparisnord.org/REGION/NPC/USAGER010310/GDR Perrin

http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too_cef_def_fr.htm

http://site.acsnsqip.org/program-specifics/data-collection-analysis-and-reporting/

http://www.actusoins.com/20995/reforme-1ere-annee-medecine-rate-les-ide.html

http://www.globalpatientsafetyalerts.com/French/ToolsResources/Pages/International-Classification-for-Patient-Safety.aspx

http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/exercice-pratique-avancee-adopte-deputes.html)

https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/guides-cahiers-de-travail/84-fiche-d-information-sur-snomed-ct?Itemid=101

http://www.nursingworld.org/npii/terminologies.htm

http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/whatisqualityandpatientsafety.aspx

http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/

http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_fr.pdf?ua=1

http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/